

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice
Financial Management Evaluation of Selected Health Insurance Companies
in the Czech Republic

Student:

Bc. Nela Mucalová

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2019

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Nela Mucalová**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa
Téma: Zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice
Financial Management Evaluation of Selected Health Insurance
Companies in the Czech Republic

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Postavení zdravotních pojišťoven v ČR
3. Analýza hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR
4. Zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR
5. Závěr

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Seznam příloh

Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

ČERVINKA, Tomáš a Antonín DANĚK. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ: s komentářem a příklady*. 9. vyd. Olomouc: ANAG, 2018. ISBN 978-80-7554-130-7.

ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 2. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.

VRABKOVÁ, Iveta a Ivana VAŇKOVÁ. *Evaluation Models of Efficiency and Quality of Bed Care in Hospitals*. Ostrava: VŠB – Technical University of Ostrava, 2015. ISBN 978-80-248-3755-0.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 23.11.2018

Datum odevzdání: 26.04.2019

doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Zdeněk Zmeškal
děkan fakulty

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci včetně příloh vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 10. května 2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, flowing letters that appear to read 'Nela Mucalová'.

Bc. Nela Mucalová

Obsah

1	Úvod.....	4
2	Postavení zdravotních pojišťoven v ČR.....	6
2.1	System zdravotního pojištění.....	6
2.1.1	Právní úprava.....	8
2.1.2	Vznik a zánik zdravotního pojištění.....	9
2.1.3	Plátcí veřejného zdravotního pojištění	10
2.1.4	Výše zdravotního pojištění, vyměřovací základ	11
2.1.5	Způsoby poskytování úhrad za zdravotní péči	13
2.2	Zdravotní pojišťovny v ČR.....	14
2.2.1	Historický přehled zdravotních pojišťoven.....	16
2.2.2	Vznik, zánik a zrušení zdravotních pojišťoven	18
2.2.3	Orgány zdravotní pojišťovny	19
2.2.4	Hospodaření zdravotních pojišťoven	20
2.2.5	Fondy zdravotních pojišťoven.....	22
2.2.6	Představení jednotlivých zdravotních pojišťoven	25
2.3	System přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění	27
3	Analýza hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR	36
3.1	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	37
3.2	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	41
3.3	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	45
3.4	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	49
3.5	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	52
3.6	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR.....	55
3.7	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	58
4	Zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR	62
5	Závěr	70
	Seznam použité literatury.....	73
	Seznam zkratk	76
	Prohlášení o využití výsledků diplomové práce	
	Seznam tabulek	
	Seznam obrázků	
	Seznam příloh	

1 Úvod

Zdraví je pro každého člověka specifickou subjektivní hodnotou, která má bezpochyby ekonomické důsledky jak na mikroúrovni, tedy na kvalitu života jednotlivce, tak také na makroúrovni, protože ovlivňuje možnost uplatnění občana na tvorbě ekonomického produktu společnosti. Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako „stav dokonalého tělesného, duševního a sociálního uspokojení a nejen nepřítomnost nemoci nebo nějaké fyzické nebo duševní choroby či vady“. Zdraví člověka určuje spousta známých faktorů jako vrozené dispozice, výživa, životní a pracovní podmínky, věk, choroby a další socioekonomické, kulturní a enviromentální podmínky. Významným faktorem je také dostupnost zdravotní péče. Existuje několik zdrojů jejího financování, a to prostřednictvím přímých úhrad pacientů ze svých finančních prostředků, ze soukromého pojištění a nebo z veřejného zdravotního pojištění. Léčba nepředvídatelných onemocnění či úrazů by často znamenala pro jednotlivce příliš velkou finanční zátěž, proto by mělo být pro každého z nás důležité pojištění výdajů na zdravotní péči, ať už veřejné či soukromé.

V České republice je zaveden systém veřejného zdravotního pojištění, postavený na principu povinné platby do fondu svobodně zvolené zdravotní pojišťovny, která v České republice působí. Na základě tohoto principu má každý občan právo na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči. Na trhu veřejného zdravotního pojištění působí k 1. 4. 2019 sedm zdravotních pojišťoven, které jsou pověřeny výběrem pojistného na veřejné zdravotní pojištění a následným poskytováním úhrad za poskytnutou zdravotní péči svým pojištěncům. Zdravotní pojišťovny hospodaří s veřejnými finančními prostředky a hospodaření je převážně dáno legislativou, proto jej zdravotní pojišťovny nemohou příliš ovlivnit.

Hlavním cílem této diplomové práce je zhodnocení hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven působících v České republice v letech 2013-2017 na základě zvolených ukazatelů. Dílčím cílem diplomové práce je analýza systému přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění v rámci sledovaného období v rozmezí let 1993-2018.

Diplomová práce je rozdělena do celkem pěti kapitol, z toho první kapitola je úvod k diplomové práci a poslední kapitolou je závěr. Ve druhé kapitole je charakterizován systém veřejného zdravotního pojištění a jsou zde definovány základní pojmy týkající se tohoto systému. Dále se kapitola zabývá postavením zdravotních pojišťoven v České republice, jejich historickému vývoji, představením jednotlivých zdravotních pojišťoven, které v současné době v České republice působí. V kapitole je také provedena analýza systému přerozdělování

pojistného na veřejné zdravotní pojištění od vzniku tohoto systému, tedy od roku 1993 do roku 2018.

Třetí kapitola je zaměřena na analýzu hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice. Analýza je provedena na základě zvolených ukazatelů hospodaření za posledních pět dostupných let, tedy za období od roku 2013 až 2017. Hodnocení hospodaření znamená především rozbor celkových příjmů, výdajů a konečného stavu finančních prostředků subjektu, či jednotlivých fondů (zejména základního fondu zdravotního pojištění, rezervního fondu, provozního fondu a fondu prevence), které zdravotní pojišťovny zřizují a spravují.

Čtvrtá kapitola obsahuje zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice na základě vybraných zjištěných poznatků z předchozích kapitol. Posouzení výsledků hospodaření je doloženo formou srovnání dle jednotlivých aspektů.

Pro účely teoretické části je v diplomové práci využívána převážně odborná knižní literatura, jsou použity aktuální právní normy či oficiální internetové stránky subjektů veřejného zdravotního pojištění. Pro praktickou část jsou zdrojem informací především výroční zprávy zdravotních pojišťoven či statistické údaje zveřejňované subjekty systému veřejného zdravotního pojištění ČR. V diplomové práci jsou využity metody deskripce, horizontální i vertikální analýza a komparace.

2 Postavení zdravotních pojišťoven v ČR

Cílem kapitoly je poskytnout základní terminologii a teoretický základ týkající se veřejného zdravotního pojištění, dále popsat současný systém veřejného zdravotního pojištění na území České republiky, provést analýzu systému přerozdělení pojistného na veřejné zdravotní pojištění v rámci sledovaného období a postavení zdravotních pojišťoven v systému zdravotního pojištění České republiky.

2.1 Systém zdravotního pojištění

Ve světě existuje několik modelů financování zdravotní péče, které procházely dlouhodobým vývojem. Každá země má svá specifika kvůli rozdílným sociálním, ekonomickým, politickým a kulturním podmínkám. Liší se především zdroji finančních prostředků, řízením rizik, nakupováním zdravotní péče a poskytováním zdravotních služeb. Získávání zdrojů na zdravotní péči může probíhat různými způsoby, a to systémem veřejného zdravotního pojištění, soukromého zdravotního pojištění, výběrem daní a poplatků či přímými úhradami poskytovatelům zdravotní péče. Účastníky soukromého zdravotního pojištění se osoby stávají dobrovolně, pokud se neúčastní veřejného zdravotního pojištění, nebo chtějí zvýšit svou pojistnou ochranu. (Vrabková, Vaňková 2015)

Základní modely zdravotnických systémů jsou rozděleny do následujících kategorií:

1. Zdravotnické systémy založené na systému pojištění:

- Bismarckův model uplatňovaný v evropských státech jako Německo, Holandsko, Belgie, Francie a postkomunistické evropské státy včetně České republiky. Je nejstarším a nejpoužívanějším modelem, který je založen na všeobecném zdravotním pojištění. V rámci modelu se doplňuje veřejný a soukromý sektor, jak je zobrazeno v obrázku 2.1. Na vrcholu systému vystupuje stát, který zajišťuje legislativní rámec veřejného zdravotního pojištění. V centru soustavy stojí pojišťovny, které jsou nositeli veřejného zdravotního pojištění a jsou pověřeny proplácením výkonů zdravotnickým zařízením za poskytnuté plnění občanům.
- Liberální, tržně orientovaný model fungující např. v USA, jehož základním prvkem je individuální zajišťování zdravotní péče pomocí soukromého zdravotního pojištění a není garantovaná státem.

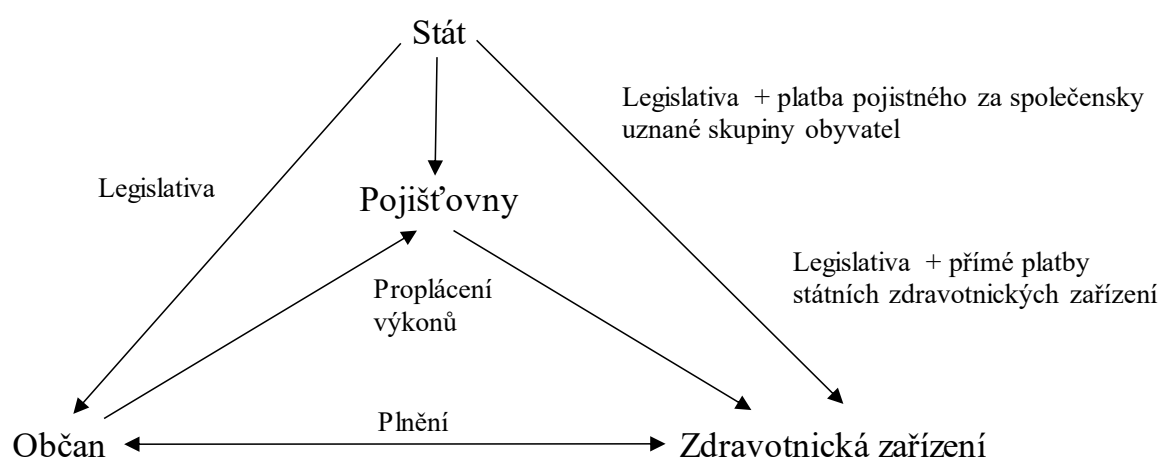
2. Státní zdravotnictví

- Beveridgeův model, který je založen na zdravotní péči hrazené z veřejných prostředků a daní (tzv. národní zdravotní služba). Míra spoluúčasti na financování zdravotné péče

je zde žádná, či velice nízká. Je zde významný vliv státu a využíván je například ve Velké Británii, skandinávských státech a ve státech jižní Evropy. (Němec 2008, Dudrisová 2015)

V případě všech modelů má významnou úlohu stát, který buďto zdravotní systém provozuje, reguluje či dotuje, a to i v případě tržního zdravotnického systému.

Obr. 2.1 Bismarckovský model zdravotnického systému



Zdroj: Durdisová, Ekonomika zdraví, str. 144. Vlastní zpracování.

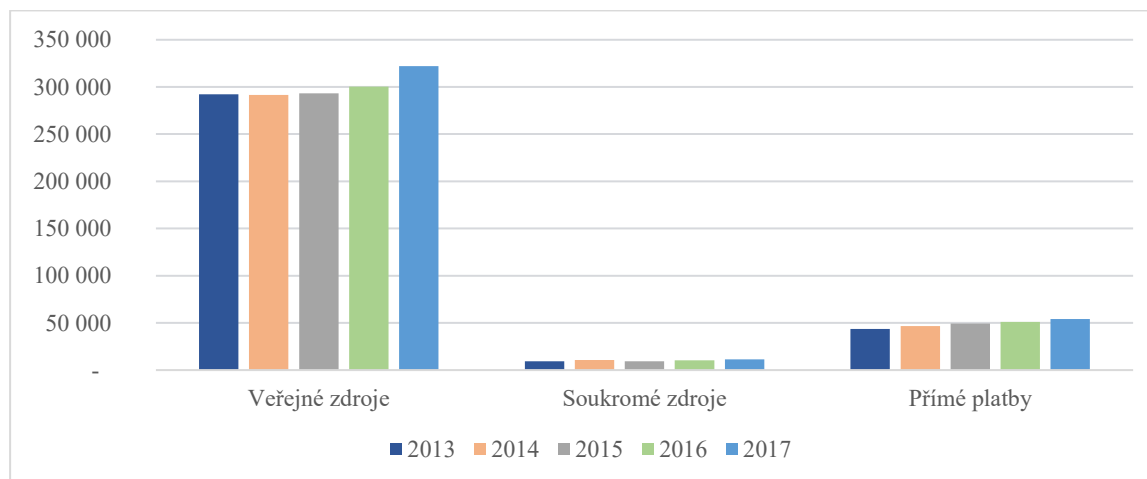
Česká republika disponuje od 90. let všeobecným zdravotním pojištěním, který je jedním z odvětví systému práva sociálního zabezpečení. Je založen na principu všeobecné dostupnosti zdravotní péče, vzájemné solidarity a sdílení rizika. Princip solidarity se projevuje jako solidarita mezigenerační, mezi lidmi s rozdílnými příjmy a občany zdravými a nemocnými. Sdílení rizika je základním principem, kdy je možno se vyhnout nepředvídatelným velkým výdajům uhrazením relativně malé platby. Každé pojištěné osobě je v případě potřeby poskytnuta zdravotní péče v rozsahu potřebném vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a nezáleží na výši uhrazeného zdravotního pojištění. (Vrabková, Vaňková 2015; Němec 2008)

Základem jsou dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů povinné odvody z příjmů pojištěnců do fondů neziskových veřejnoprávních subjektů – zdravotních pojišťoven, které na smluvním základě proplácí lékařům či zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči. Financování zdravotní péče nad garantované minimum je případně doplněno o přímou finanční spoluúčast občanů (příplatky za léky, zdravotní pomůcky či stomatologické služby), či platby ze soukromého pojištění. Systém zdravotní péče tvoří stát, pojištěnec

(občan, pacient), poskytovatel zdravotní péče (lékaři, zdravotnická zařízení) a plátcí zdravotní péče (zdravotní pojišťovny). Stát do systému zasahuje prostřednictvím legislativy a kontrolními aktivitami. (Vrabková, Vaňková, 2015; Němec 2008)

Dle mezinárodního manuálu SHA 2011 jsou definovány tři základní zdroje financování zdravotní péče, a to veřejné zdroje, soukromé zdroje a přímé platby domácností. Mezi veřejné zdroje řadíme především finanční prostředky vybrané v rámci veřejného zdravotního pojištění, dále prostředky ze státního rozpočtu (převážně z kapitoly ministerstva zdravotnictví či ministerstva práce a sociálních věcí) a z místních (krajských a obecních) rozpočtů. Mezi soukromé zdroje patří soukromé zdravotní pojištění, dobrovolné platby neziskových organizací a podniková preventivní péče. Zvlášť sledovanou skupinou jsou přímé platby domácností – přímé výdaje na zdravotní péči nebo jejich spoluúčast. (ČSÚ – zdravotnické účty 2010-2017)

Obr. 2.2 Výdaje na zdravotní péči z jednotlivých zdrojů financování 2013-2017 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ – zdravotnické účty 2010-2017. Vlastní zpracování.

Výdaje na zdravotní péči se každoročně zvyšují. Zatímco v roce 2013 činila celková výše výdajů 344,7 mld. Kč, v roce 2017 již částka přesahovala 387,3 mld. Kč. Jak je patrné z obrázku 2.2, primárním zdrojem financování zdravotnictví v České republice jsou veřejné zdroje, a to převážně veřejné zdravotní pojištění. V roce 2013 bylo z veřejného zdravotního pojištění financováno 69 %, poté se tento podíl každoročně snižoval a v roce 2017 činil 65 %.

2.1.1 Právní úprava

Veřejné zdravotní pojištění upravují především tyto hlavní zákony:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Dalšími významnými zákony upravující fungování zdravotních pojišťoven jsou:

- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Důležitou roli hrají také vyhlášky, nařízení vlády či Rady Evropského hospodářského prostoru a další předpisy, a to především:

- vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019
- vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu,
- vyhláška č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu,
- nařízení vlády č. 140/2017 Sb., o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát,
- nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 574/72, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství,
- nařízení Rady EHS č. 883/2004 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 987/2009, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

2.1.2 Vznik a zánik zdravotního pojištění

Vznik a zánik zdravotního pojištění upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní pojištění vzniká dnem narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území

České republiky, dnem získání trvalého pobytu na území České republiky či dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu stane zaměstnancem v České republice.

Zdravotní pojištění naopak zaniká dnem úmrtí pojištěnce (či prohlášením za mrtvého), ukončením trvalého pobytu v České republice či dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu přestane být zaměstnancem. (Zákon č. 48/1997 Sb.)

2.1.3 Plátcí veřejného zdravotního pojištění

Plátcí veřejného zdravotního pojištění jsou zaměstnavatelé, stát a pojištěnci, kteří jsou zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou, či osobou bez zdanitelných příjmů.

Zaměstnavatelé jsou fyzické či právnické osoby, které zaměstnávají zaměstnance, jsou plátcí příjmů ze závislé činnosti dle zákona č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o daních z příjmů) a jejichž sídlo či trvalý pobyt se nachází na území České republiky. Zaměstnavatel provádí odvod celkové částky pojistného, která se skládá z pojistného hrazeného zaměstnancem a pojistného hrazeného zaměstnavatelem za své zaměstnance. Zaměstnavatel má vůči zdravotním pojišťovnám oznamovací povinnosti za své zaměstnance. Musí se u dané zdravotní pojišťovny přihlásit do registru zaměstnavatelů, oznámit ukončení činnosti, zrušení organizace, nebo vstup do likvidace. Dále je povinen nahlašovat do osmi dnů od vzniku následující skutečnosti: nástup zaměstnance do zaměstnání a ukončení zaměstnání, změnu zdravotní pojišťovny zaměstnance a skutečnosti rozhodné pro vznik či zánik povinnosti státu platit za pojištěnce pojistné (například nástup na mateřskou dovolenou, ukončení rodičovské dovolené, odchod zaměstnance do důchodu, apod.). Zaměstnavatelé jsou povinni nejpozději do 20. dne následujícího měsíce zaplatit pojistné a předat všem zdravotním pojišťovnám, u kterých jsou pojištěni zaměstnanci, přehled o platbách pojistného. (Červinka 2018)

Stát odvádí pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za nezaopatřené děti, poživatele důchodu (starobního, invalidního, vdovského, vdoveckého a sirotčího), příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s ní společně posuzované, osoby závislé na péči jiné osoby a osoby pečující, osoby konající službu v ozbrojených silách, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody a další taxativně vyjmenované osoby v § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Osoby samostatně výdělečně činné jsou takové, které mají příjmy z podnikání podle § 7 odstavce 1 a 2 zákona o daních z příjmů a spolupracující osoby. OSVČ také mají oznamovací povinnosti, a to oznámit zahájení či ukončení výdělečné činnosti nejpozději do osmi dnů a oznámit případnou změnu údajů o osobě (jméno, příjmení, trvalý pobyt, sídlo, číslo bankovního účtu, apod.). Do jednoho měsíce od podání daňového přiznání má OSVČ povinnost podat přehled o příjmech a výdajích. (Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů)

Osobou bez zdanitelných příjmů se rozumí osoba, která po celý kalendářní měsíc není zaměstnancem, nemá příjmy ze samostatné výdělečné činnosti a ani za tuto osobu neplatí pojistné stát. Taková osoba je povinna se přihlásit své zdravotní pojišťovně jako samoplátce a platit zdravotní pojištění sama. (Červinka, 2018, Zákon č. 592/1992 Sb.)

2.1.4 Výše zdravotního pojištění, vyměřovací základ

Výši pojistného je plátce povinen si vypočítat sám a činí 13,5 % z vyměřovacího základu a pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru. Rozhodným obdobím, ze kterého se zjišťuje vyměřovací základ, je kalendářní měsíc. Pouze u osoby samostatně výdělečně činné je rozhodným obdobím, za které se platí pojistné, kalendářní rok. (Zákon č. 592/1992 Sb.)

Jak uvádí Červinka (2018, s. 50): „*Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti, které jsou nebo by byly, pokud by podléhaly zdanění v ČR, předmětem daně z příjmů fyzických osob podle ZDP a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním.*“ Za příjmy se považuje plnění v peněžní i nepeněžní formě, poskytnuté ve formě výhody či předáno v jeho prospěch. Minimální vyměřovací základ je stanoven ve výši minimální mzdy platné v měsíci, za které se pojistné odvádí. Standardně jednu třetinu (4,5 % vyměřovacího základu) hradí zaměstnanec srážkou ze mzdy či platu a dvě třetiny (9 % vyměřovacího základu) platí zaměstnavatel. Pojistné je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. (Červinka, 2018)

Tab. 2.1 Vývoj minimální mzdy a minimálního pojistného 2013–2017 (Kč)

Období	Minimální vym. základ	Minimální pojistné
1-7/2013	8 000	1 080
8-12/2013	8 500	1 148
2014	8 500	1 148
2015	9 200	1 242
2016	9 900	1 337
2017	11 000	1 485

Zdroj: Vlastní zpracování.

Minimální mzda je nejnižší akceptovatelná odměna za práci v soukromém i veřejném sektoru. Změny výše minimální mzdy jsou stanoveny nařízením vlády a je také vyměřovacím základem pro osoby bez zdanitelných příjmů. Vývoj minimální mzdy je zaznamenán v tabulce č. 2.1. Změna bývá obvykle provedena každý rok a datuje se k 1. 1. daného roku. V roce 2013 došlo k navýšení minimální mzdy s účinností od 1. srpna 2013 a poté k dalšímu zvýšení až od 1. ledna 2015. Za období 2013-2017 došlo k navýšení minimální mzdy o 3 000 Kč, a tedy ke vzrůstu minimálního pojistného o 37,5 %. (Zákon č. 592/1992 Sb.)

Vyměřovacím základem osob, za které je plátcem pojistného stát je pevně stanovená částka na dané období zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Za sledované období se vyměřovací základ zvýšil o 1459 Kč, tzn. došlo ke zvýšení pojistného o 27,8 % (viz tab. 2.2).

Tab. 2.2 Vývoj vyměřovacího základu a pojistného 2013–2017 (Kč)

Období	Vyměřovací základ	Pojistné
1-10/2013	5 355	723
11-12/2013	5 829	787
1-6/2014	5 829	787
7-12/2014	6 259	845
2015	6 259	845
2016	6 444	870
2017	6 814	920

Zdroj: Vlastní zpracování.

Osoby samostatně výdělečně činné platí pojistné z vyměřovacího základu, který od roku 2006 činí 50 % příjmů z podnikání a z jiné samostatné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Minimální vyměřovací základ je stanoven ve výši dvanásobku 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství a jeho výše

pro dané období je zachycena v tabulce 2.3. Za období 2013-2017 je zaznamenán vzrůst minimálního pojistného ve výši 12,3 %. OSVČ platí pojistné v průběhu roku formou záloh na pojistné a poté ve formě případného doplatku pojistného za základě přehledu o příjmech a výdajích. (Zákon č. 592/1992 Sb.)

Tab. 2.3 Vývoj minimálního vyměřovacího základu a minimálního pojistného 2013-2017 (Kč)

Období	Minimální vym. základ	Minimální pojistné
1-7/2013	12 568,50	1 697
8-12/2013	12 942,00	1 748
2014	12 971,00	1 752
2015	13 306,00	1 797
2016	13 503,00	1 823
2017	14 116,00	1 906

Zdroj: Vlastní zpracování.

2.1.5 Způsoby poskytování úhrad za zdravotní péči

Zdravotní pojišťovny mají povinnost uhradit poskytovatelům zdravotních služeb za své pojištěnce náklady zdravotní péče, která byla pojištěnci poskytnuta, a to na základě smlouvy uzavřené s poskytovatelem. Úhradové mechanismy můžeme rozdělit do pěti skupiny, a to kapitační platba, platba za výkon, platba za ošetrovací den, paušální platba a platba na základě systému DRG.

- **Kapitační platba**

Kapitační platbu lze také jinak označit jako „platbu za hlavu“. Platba se odvozuje podle počtu registrovaných pacientů a lékařů či zdravotnickému zařízení je vyplácena fixní měsíční částka za každého pacienta. Nezávisí na tom, zda byl v daném měsíci pacient ošetřen, či nikoliv. Tato forma úhrady je určena praktickým lékařům pro dospělé a praktickým lékařům pro děti. Výše platby závisí na počtu registrovaných pacientů, věkové struktuře pacientů a na rozsahu ordinačních hodin lékaře. U lékařů se vyskytuje také kombinace kapitační platby a platby za výkon (tzv. výkonově-kapitační platbu). (Zlámal 2016; Šatera 2012)

- **Platba za výkon**

Při využití tohoto typu úhrady je uhrazen každý konkrétní výkon. Ministerstvo zdravotnictví ČR vede sazebník, tedy seznam zdravotních výkonů, ve kterém jsou jednotlivé výkony bodově ohodnoceny dle náročnosti a nákladnosti typu výkonu. Hodnoty bodu jsou každoročně zveřejněny v úhradové vyhlášce. Výše celkové částky se stanoví jako součin

celkového počtu bodů a hodnotou bodu ve finančním vyjádření. Platby za výkon je využívají především u ambulantních specialistů. (Zlámal 2016; Šatera 2012)

- **Platba za ošetrovací den**

Úhrada formou platby za ošetrovací den bývá použita především při poskytování ústavní péče v případě hospitalizace pacienta v nemocnici, léčebném ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných či zařízení hospicového typu. Spočívá v přidělení určitého počtu bodů za ošetrovací den a bodové hodnocení má zahrnout veškeré náklady na pacienta – přímo spotřebovaný materiál, náklady na pořízená prádla, na úklid, na převoz pacientů, stravu, provozní režie, atd. (Zlámal 2016; Šatera 2012)

- **Paušální platba**

Mechanismus vychází ze stanoveného tzv. referenčního období (např. pololetí), za kterou zdravotní pojišťovna hradí poskytovateli paušální platbu stanovenou na základě počtu pacientů v tomto referenčním období. Pokud dojde k nárůstu počtu pacientů, může tuto skutečnost pojišťovna zohlednit a navýšit zdravotnickému zařízení úhradu. (Zlámal 2016; Šatera 2012)

- **Systém DRG**

Systém DRG, což znamená Diagnosis Related Group, by se dal označit jako platbu za diagnostickou skupinu. Metoda je využívána především v USA, byla vytvořena v 70. letech na univerzitě v Yale a v České republice se začala zkušebně testovat od roku 1997. Tento způsob úhrady je poměrně složitý a vychází z rozdělení diagnóz do skupin podle nákladovosti. DRG skupina je skupina diagnóz, jejichž náklady na léčení jsou srovnatelné. Původně existovalo pouze pár základních skupin, které se postupně rozšiřovaly a rozvrstvily. Systém zohledňuje také nemocnost různých pacientů, počet komplikací, obtížnost léčení, apod. Platba, kterou nemocnice obdrží, neovlivňuje přímo skutečná délka hospitalizace, konkrétní poskytnuté služby či skutečné náklady. Pokud jsou skutečné celkové náklady nižší než přiznaná platba, nemocnice si přebytek nechává. Pokud jsou náklady naopak vyšší než přiznaná platba, nemocnice musí absorbovat ztrátu. (Zlámal 2016; Šatera 2012)

2.2 Zdravotní pojišťovny v ČR

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávními samosprávnými organizacemi neziskové povahy, to znamená, že veškeré případně nevyčerpané, uspořené finanční prostředky by měly

být použity na zlepšování zdravotní péče poskytované pojištěncům. Zdravotní pojišťovny vystupují jako právnické osoby a provádějí veřejné zdravotní pojištění v České republice.

Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je provádět všeobecné zdravotní pojištění, tedy zabezpečit výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění od plátců pojistného a vybrané finanční prostředky použít na úhradu zdravotní péče podle uzavřených smluv se zdravotnickými zařízeními, úhradu nákladů na neodkladné léčení pojištěnců (v ČR i cizině) a úhradu částek převyšujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky. Dále zabezpečují výběr regresů a náhrad v případě cizího zavinění (pracovní úrazy, autonehody). Přebírají finanční riziko spojené s případnou léčbou od pojištěnců (občanů) a zajišťují přístup ke zdravotní péči. Na trhu zdravotního pojištění má dominantní postavení Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Kromě té mohou dle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách vznikat dále:

- resortní zaměstnanecké pojišťovny, které provádějí veřejné zdravotní pojištění pro zaměstnance organizací založených či zřízených jedním ministerstvem,
- oborové zaměstnanecké pojišťovny, které provádějí veřejné zdravotní pojištění pro zaměstnance z jednoho oboru,
- podnikové zaměstnanecké pojišťovny, které provádějí veřejné zdravotní pojištění pro zaměstnance jednoho nebo případně i více podniků,
- a další meziresortní a mezioborové zaměstnanecké pojišťovny.

V České republice působí k 1. 4. 2019 tyto zdravotní pojišťovny, z nichž každá má přiřazené kódové označení:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen VZP ČR),
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (dále jen VoZP),
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (dále jen ČPZP),
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen OZP),
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (dále jen ZPŠ),
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (dále jen ZPMV),
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (dále jen RBP).

Každý pojištěnec má právo od 1. ledna 1993 na volbu zdravotní pojišťovny. Ten, kdo si do daného termínu nevybral zdravotní pojišťovnu, se stal automaticky pojištěncem

Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Zdravotní pojišťovnu může pojištěnec změnit, a to jednou za 12 kalendářních měsíců ve stanovených termínech. Termín je stanoven dvakrát za rok, a to k prvnímu dni kalendářního pololetí, to znamená od 1. ledna, nebo 1. července. Vyplněnou a podepsanou přihlášku k nové pojišťovně však musí pojištěnec odevzdat minimálně 3 měsíce před výše zmíněným termínem. Toto opatření má zamezit především příliš častým změnám zdravotní pojišťovny na základě aktuálních výhod, které pojišťovny nabízejí. Dítě se dnem svého narození stává pojištěncem stejné pojišťovny, u které je v tento den pojištěncem jeho matka. Změna zdravotní pojišťovny je potom možná po přidělení rodného čísla. Změnu pojišťovny musí pojištěnec nahlásit svému zaměstnavateli a zdravotním zařízením či ošetřujícím lékařům.

Na trhu zdravotních pojišťoven existuje stejně jako na jiných trzích konkurenční boj o pojištěnce. Na tomto trhu existuje jeden produkt, který je v určité míře u každé pojišťovny diferencován. Je zde však nemožné ovlivnit cenu produktu, plátce zdravotního pojištění hradí stejnou výši zdravotního pojištění bez ohledu na to, k jaké zdravotní pojišťovně je přihlášen. Jedinou možností je využití necenové konkurence. Pojišťovny mohou konkurovat počtem zařízení a lékařů, se kterými mají uzavřenou smlouvu. Pro pojištěnce může být při výběru zdravotní pojišťovny zásadní, zda má konkrétní zařízení či lékař, kterého preferuje pacient navštěvovat, smlouvu s danou pojišťovnou. Dále mohou konkurovat prostřednictvím nabízených bonusů a příspěvků, jako například preventivní vyšetření, různá očkování, kvalitní dostupností svých poboček a příjemným vystupováním svých zaměstnanců, dobrou přehledností internetových stránek, dobrou pověstí zdravotní pojišťovny a dobře cílenou viditelnou reklamou. Velkou výhodou je bezesporu možnost online objednání na pobočku, či možnost určitých záležitostí vyřešit telefonicky či online prostřednictvím portálů na internetových stránkách bez nutnosti navštívit pobočku osobně.

2.2.1 Historický přehled zdravotních pojišťoven

Za první republiky bylo několik typů zdravotních pojišťoven. Existovalo zhruba tři sta zdravotních pojišťoven, a to samostatné okresní zdravotní pojišťovny a kromě nich dále zemědělské, závodní, spolkové a společenstevní pojišťovny. Po roce 1951 však došlo k zavedení sovětského modelu zdravotnictví, pro který bylo typické direktivní řízení zdravotnictví státem, centrální plánování, jednotná soustava tzv. Ústavů národních zdravotí, omezená možnost volby lékaře, nedostatek léků a zdravotnických služeb, korupce a netransparentnost zdravotnictví. Zdravotní péče byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu bez přímé úhrady občana. V 70. a 80. letech se začal projevovat nedostatek

finančních prostředků ve zdravotnictví způsobený prioritami financování jiných odvětví socialistického státu. (Tröster, 2013)

Po roce 1989 započal proces porevoluční transformace českého zdravotnictví. V tomto období se také objevila myšlenka privatizace zdravotnických zařízení, zavedení pojišťovacího systému a to, že systém zdravotního a nemocenského pojištění by měly fungovat odděleně. V tom se dnešní systém odlišuje od koncepce první republiky. (Tröster, 2013; Dolanský 2008)

Na konci roku 1990 došlo ke zrušení krajských ústavů národního zdraví a později i okresních a městských, které byly nahrazeny samostatnými zdravotnickými subjekty. Na základě zákona č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění bylo zřízeno všeobecné zdravotní pojištění, které je dodnes povinné pro všechny občany České republiky. Tento zákon byl několikrát novelizován a nakonec v roce 1997 nahrazen novým zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů byla také založena Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Financování zdravotnictví bylo odděleno od státního rozpočtu. V roce 1992 byly přijaty dva další důležité zákony, a to zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. V tomto roce byl zahájen i proces privatizace zdravotnických zařízení. Plný provoz Všeobecné zdravotní pojišťovny byl zahájen v roce 1993. V tomto roce také zahájilo činnost dalších třináct zaměstnaneckých pojišťoven. Nejvíce zdravotních pojišťoven bylo evidováno v roce 1995, kdy jich působilo na trhu celkem 27. Dále se v průběhu času počty měnily, pojišťovny vznikaly, zanikaly či se sloučily s jinou zdravotní pojišťovnou. V letech 1993 až 1995 nebyly zdravotní pojišťovny nijak kontrolovány, a proto kvůli začínajícím problémům s platbami lékařům a zdravotnickým zařízením, byl upraven veřejný dohled nad zdravotními pojišťovnami novelou z roku 1995. Novelou byla stanovena maximální výše provozních nákladů, byl stanoven minimální počet pojištěnců a nově nebylo možné hradit nadstandartní péči ze zákonného pojištění. Řada zdravotních pojišťoven se tímto dostala do problémů a jak můžeme vidět v tabulce 2.4, zdravotních pojišťoven začalo od roku 1995 ubývat. (Tröster 2013; Dolanský 2008)

Tab. 2.4 Počty zdravotních pojišťoven

Rok	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000-2007
Počet	15	19	26	27	24	14	11	10	9
Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016-2018
Počet	10	9	9	8	8	7	7	7	7

Zdroj: Vlastní zpracování.

Od roku 2000 do 2007 působilo v České republice devět zdravotních pojišťoven. Poté ještě několik zdravotních pojišťoven vzniklo a zaniklo, nebo došlo ke sloučení s jinou zdravotní pojišťovnou a od 1. října 2012 evidujeme k 1. 4. 2019 sedm zdravotních pojišťoven.

2.2.2 Vznik, zánik a zrušení zdravotních pojišťoven

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je zřízena zákonem, ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou právnickými osobami, které se zapisují do obchodního rejstříku. Pro zahájení své činnosti musí získat povolení od Ministerstva zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí na základě žádosti. Povolení se uděluje na neurčito a není převoditelné na jiný subjekt. Žádost může podat právnická osoba se sídlem v České republice, pokud není osobou oprávněnou poskytovat zdravotní služby, ani jeho zřizovatelem, vlastníkem či spoluvlastníkem a není ani vlastněna subjektem, který je zřizovatelem, vlastníkem či spoluvlastníkem poskytovatele zdravotních služeb. Před podáním žádosti je žadatel povinen složit kauci ve výši 100 milionů korun na zvláštní k tomu účelu zřízený vázaný účet v tuzemské bance. Po zápisu pojišťovny do obchodního rejstříku přecházejí práva na kauci zpět na pojišťovnu a ta ji převádí do rezervního fondu.

V žádosti žadatel uvádí údaje o pojišťovně: předpokládaný název a sídlo (musí být z názvu jasné, že se jedná o zaměstnaneckou pojišťovnu), předpokládaný rozbor příjmů a výdajů, banku, která povede finanční prostředky, závazky, že žadatel uhradí náklady spojené se založením pojišťovny a že dosáhne do jednoho roku minimálně 100 000 pojištěnců, dále předkládá věcné, organizační a finanční předpoklady k činnosti pojišťovny a nakonec uvádí způsob zrušení pojišťovny v případě nesplnění výše zmíněných závazků.

Zaměstnanecká pojišťovna může být zrušena s likvidací či bez likvidace. Zrušením bez likvidace může dojít ke sloučení se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR, či jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Veškerý majetek, pohledávky a závazky poté přechází na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu nebo zaměstnaneckou pojišťovnu, se kterou dochází ke sloučení. S likvidací se zrušuje zaměstnanecká pojišťovna v případě, že o to sama požádá, nebo

jí bylo odebráno povolení od Ministerstva zdravotnictví k provádění všeobecného zdravotního pojištění.

Poté likvidátor či samotná zaměstnanecká pojišťovna podává návrh na výmaz pojišťovny z obchodního rejstříku a dnem výmazu zaměstnanecká pojišťovna zaniká. (Zákon č. 551/1991 Sb.; Zákon č. 280/1992 Sb.)

2.2.3 Orgány zdravotní pojišťovny

Statutárním orgánem Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR je ředitel. Ředitele jmenuje a odvolává Správní rada VZP ČR. Funkčním obdobím jsou čtyři roky, Správní rada však může ředitele odvolat i před uplynutím této doby. Výkon funkce ředitele končí tedy uplynutím funkčního období, odvoláním, dnem doručení prohlášení Správní radě, že se ředitel své funkce vzdává, dnem nabytí právní moci rozsudku, kterým byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo byla způsobilost omezena, či byl odsouzen pro trestný čin, úmrtím, prohlášením za mrtvého či nezvěstného. V čele regionálních poboček stojí regionální ředitelé, které jmenuje do funkce a odvolává ředitel VZP ČR.

Dalšími orgány VZP ČR jsou Správní rada a Dozorčí rada. Členem Správní či Dozorčí rady nebo náhradníkem se může stát bezúhonný občan České republiky, který má trvalý pobyt na území České republiky, dosáhl věku minimálně 25 let a je plně způsobilý k právním úkonům. Člen Správní rady nemůže být zároveň členem Dozorčí rady a naopak. Funkční období činí čtyři roky. Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu.

Správní rada volí předsedu a místopředsedu ze svých členů a předseda (případně místopředseda) svolává a řídí jednání Správní rady. Správní rada schvaluje organizační řád pojišťovny, návrh zdravotně pojistného plánu, výhledu, účetní závěrky, návrh výroční zprávy, objem úhrad poskytovatelům, jmenuje a odvolává ředitele, rozhoduje o nákupu nemovitostí, hmotného i nehmotného majetku s pořizovací cenou nad dva miliony korun, rozhoduje o použití rezervního fondu a dalších důležitých věcech souvisejících s činností VZP ČR.

Dozorčí radu tvoří 3 členové, které jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví a 10 členů volených a odvolávaných Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR. Dozorčí rada kontroluje dodržování právních a vnitřních předpisů a její celkové hospodaření, projednává návrh zdravotně pojistného plánu,

účetní závěrku, návrh výroční zprávy. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR dále zřizuje Výbor pro audit a Rozhodčí orgán.

Orgány zaměstnaneckých pojišťoven jsou taktéž ředitel, Správní rada a Dozorčí rada. Ředitel je stejně jako v případě VZP ČR jmenován na dobu čtyř let Správní radou pojišťovny. Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 5 členů jmenovaných vládou na návrh ministra zdravotnictví a 10 volených zaměstnavatelů a pojištěnců zdravotní pojišťovny. Dozorčí radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří 3 členové, které jmenuje a odvolává vláda na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví a 6 členů volených zaměstnavatelů a pojištěnců. (Zákon č. 551/1991 Sb., Zákon č. 280/1992 Sb.)

2.2.4 Hospodaření zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem, který jim byl svěřený.

Příjmy zdravotních pojišťoven tvoří především platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, příjmy z přírážek k pojistnému, poplatků z prodlení a dalších pokut a dále dary a ostatní příjmy.

Výdaje zdravotních pojišťoven tvoří platby za úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením a lékařům na základě uzavřených smluv, platby jiným zdravotním pojišťovnám či dalším subjektům za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům na základě smluv o finančním vypořádání, dále úhrady nákladů na neodkladnou zdravotní péči čerpanou pojištěncem v cizině a nákladů na zdravotní služby čerpané pojištěncem v jiném členském státě Evropské Unie, Evropského hospodářského prostoru či ve Švýcarské konfederaci. Dále náklady na činnost pojišťovny, úhrady částek, které přesahují limit pro doplatky za léčivé přípravky či potraviny pro lékařské účely a jsou částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. V případě změny zdravotní pojišťovny pak úhrady podílů na těchto částkách.

Hospodaření zdravotní pojišťovny se v daném kalendářním roce řídí dle sestaveného rozpočtu. V případě zdravotních pojišťoven je tento rozpočet nazýván jako zdravotně pojistný plán. Zdravotní pojišťovny každým rokem sestavují zdravotně pojistný plán na další kalendářní rok a výhled minimálně na dva další kalendářní roky. Při sestavování zdravotně pojistného plánu vycházejí zdravotní pojišťovny z výhledu. Zdravotně pojistný plán bývá zpravidla sestaven jako vyrovnaný, v určitých případech však může být sestaven také jako schodkový či přebytkový. Přebytkový v případě, že část příjmů daného roku je určena k využití v letech

následujících, nebo schodkový v případě, že je schodek možné uhradit z finančních zůstatků na fondech z minulých let.

Po sestavení návrhu zdravotně pojistného plánu jej předkládají Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí ke schválení spolu s účetní závěrkou, návrhem výroční zprávy včetně zprávy auditora a již zmíněný výhled. Zdravotní pojišťovny mají povinnost zajistit ověření svých účetních závěrek a návrhů výročních zpráv za příslušný rok auditorem. Pokud ministerstva usoudí, že předložený návrh není v souladu s právními předpisy či veřejným zájmem, je návrh vrácen pojišťovně k přepracování. Pokud návrh není v rozporu s předpisy ani veřejným zájmem, je návrh předložen vládě. Návrh zdravotně pojistného plánu schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR na návrh vlády. Pokud nedojde ke schválení do 1. ledna daného roku, činnost pojišťovny se řídí provizoriem schváleným Ministerstvem zdravotnictví po dohodě s Ministerstvem financí. Schválený zdravotně pojistný plán (případně schválené provizorium), výroční zprávu a účetní závěrku jsou zdravotní pojišťovny povinné zveřejnit na svých webových stránkách.

Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů včetně členění podle jednotlivých fondů, plán provozních nákladů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, informace o rozsahu hrazených služeb poskytovaných pojišťovnou a způsobu zajištění dostupnosti těchto služeb a přehled zdravotnických zařízení a lékařů, se kterými zdravotní pojišťovny mají uzavřené smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Kontrolu nad činností zdravotních pojišťoven provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí a k tomuto účelu jsou zdravotní pojišťovny povinny do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat zprávu o svém hospodaření. Dále podávají informace o celkových příjmech a výdajích a údaje o vlastnictví cenných papírů k poslednímu dni kalendářního měsíce do 25 dnů po skončení kalendářního měsíce, informace o stavu zůstatků na bankovních účtech k poslednímu dni kalendářního měsíce do 15 dnů po skončení tohoto kalendářního měsíce a informace o stavu svých závazků a pohledávek k poslednímu dni kalendářního měsíce, a to do 45 dnů po skončení kalendářního měsíce.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit oddělenou evidenci fondů, majetku a používání prostředků a jsou povinny vést účetnictví podle zvláštní účtové osnovy a postupu účtování pro zdravotní pojišťovny, které vydává Ministerstvo financí. Pojišťovny vytvářejí svůj účetní a informační systém, který navazuje na statistickou evidenci a musí respektovat požadavky průkaznosti. (Zákon č. 551/1991 Sb.; Zákon č. 280/1992 Sb.)

2.2.5 Fondy zdravotních pojišťoven

Tvorba fondů zdravotních pojišťoven je v České republice upravena zákonem č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Podrobněji jsou fondy, jejich příjmy a výdaje, tvorba fondů a užití fondů upraveny ve vyhlášce Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

Zdravotní fondy vytváření a spravují základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. Pojišťovny mohou vytvářet ještě fond prevence. Vojenská zdravotní pojišťovna kromě zmíněných fondů vytváří navíc fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb a fond pro úhradu preventivní péče, které jsou hrazeny Ministerstvem obrany. Tyto fondy zdravotní pojišťovny využívají ke svému hospodaření, přičemž základní fond je nejvýznamnější a odráží hospodaření dané pojišťovny.

• Základní fond zdravotního pojištění

Do základního fondu zdravotního pojištění směřují finanční prostředky z vybraného pojistného na veřejném zdravotním pojištění (včetně záloh a vyúčtování) po přerozdělení. Tyto finanční prostředky jsou hlavním zdrojem základního fondu a jsou upravovány o přeplatky pojistného, o vypořádání pojistného ze zaměstnání a samostatné výdělečné činnosti osob samostatně výdělečně činných a o nesprávně uskutečněné platby. Dále mezi zdroje fondu řadíme dohadné položky k pojistnému a dohadné položky k penále, pokuty, penále, náhrady škody, přírážky k pojistnému, bankovní úroky, kladné kursové rozdíly z prostředků základního fondu, finanční dary pojišťovně, pohledávky za uhrazené zdravotní služby zahraničním pojištěncům na území České republiky, přiděly finančních prostředků z jiných fondů a další zdroje.

Ze základního fondu jsou především hrazeny poskytnuté zdravotní služby, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění, to znamená, že zdroje základního fondu snižují primárně závazky za zdravotní péči. Z tohoto fondu jsou prováděny přiděly do rezervního fondu, provozního fondu a do fondu prevence dle stanovených právních předpisů. Dále se základní fond snižuje o závazky z poskytnutých zdravotních služeb pojištěncům v cizině,

závazky spojené s nákupem, opravami a pronájmem zdravotnických prostředků půjčených pojišťencům, bankovní poplatky, dohadné položky k závazkům, záporné kursové rozdíly, úroky z úvěru na posílení základního fondu a na další rezervy (např. na soudní spory, které jsou se zdravotní pojišťovnou vedeny). Základní fond se také snižuje o odpisy dlužného pojistného, odpisy nedobytných pohledávek, odpisy nedobytných penále, pokut a přírážek k pojistnému, o odpisy dalších pohledávek a o částky pokut, penále a přírážek, které byly prominuty za základě rozhodnutí o odstranění tvrdosti.

Finanční prostředky základního fondu vedou pojišťovny na samostatném bankovním účtu či na více bankovních účtech kvůli oddělení evidence příjmů, výdajů a stavu finančních prostředků. Při vyrovnaném hospodaření musí být kladný zůstatek bankovního účtu základního fondu, a to aniž by byl použit úvěr pro přiděl do rezervního fondu i dalších fondů, hodnotu rezerv na základním fondu, úhradu všech splatných závazků základního fondu.

- **Rezervní fond**

Rezervní fond slouží k pokrytí schodku základního fondu a dále, jak můžeme poznat podle názvu fondu, slouží k pokrytí hrazených služeb při výskytu nečekaných situací, jako jsou přírodní katastrofy či epidemie. Pokud tyto situace stanovené zákonem nenastanou, musí pojišťovny rezervní fond udržovat ve stanovené minimální výši. Finanční prostředky fondu jsou uloženy na samostatném bankovním účtu.

Rezervní fond je tvořen kaucemi žadatelů o povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění, povinnými příděly ze základního fondu tak, aby výše rezervního fondu činila 1,5 % z průměrných ročních výdajů základního fondu za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Dále se fond zvyšuje o výnosy z držby cenných papírů pořízených z prostředků rezervního fondu a jejich kladné oceňovací rozdíly, dary určené do rezervního fondu a zůstatky rezervních fondů při sloučení či splynutí zdravotních pojišťoven.

Rezervní fond se snižuje o přiděl do základního fondu, bankovní poplatky, ztráty z prodeje cenných papírů a jejich záporné rozdíly z ocenění a závazky k úhradě zdravotních služeb z rozhodnutí likvidátora.

- **Provozní fond**

Primárním zdrojem fondu jsou příděly ze základního fondu. Výpočet pro maximální výši přídělu je stanoven ve vyhlášce č. 418/2003 Sb. a činí jen něco přes 3 % z příjmů základního fondu. K dalším zdrojům fondu řadíme dary určené provoznímu fondu, příděly

z fondu reprodukce majetku, kladné kursové rozdíly, kladné rozdíly z oceněné cenných papírů pořízených z provozního fondu, zůstatek provozního fondu při sloučení či splnutí zdravotních pojišťoven, výnosy z prodeje dlouhodobého hmotného i nehmotného majetku, smluvní pokuty a další zdroje.

Provozní fond slouží k úhradě nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, to znamená například na zaplacení mezd zaměstnancům, na nákup hmotného a nehmotného majetku, úroky z úvěru na krytí provozního fondu, záporné kursové rozdíly, pokuty a penále související s nedodržením postupů stanovených zákonem. Z provozního fondu jsou vypláceny příděly do sociálního fondu, rezervního fondu a fondu reprodukce majetku.

- **Sociální fond**

Do sociálního fondu jsou získávány finanční prostředky z přídělu z provozního fondu, a to ve výši 2 % z ročního objemu nákladů zúčtovaných na mzdy a náhrady mzdy, z přídělu ze zisku po zdanění, ze splátek půjček zaměstnancům, darů určených sociálnímu fondu, kladných kursových rozdílů, zůstatky sociálního fondu při sloučení či splnutí pojišťoven, z bankovních úroků, atd.

Sociální fond se využívá pro zaměstnance (případně dalších osob), a to k financování jejich kulturních, sociálních a jiných potřeb. Fond se snižuje v souladu s ročním rozpočtem a zásadami jeho používání, které jsou součástí zdravotně pojistného plánu pojišťovny. Dále se fond snižuje o bankovní poplatky a záporné kursové rozdíly, které souvisejí se sociálním fondem.

- **Fond majetku a fond reprodukce majetku**

Fond majetku pojišťovny využívají k evidenci zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného i nehmotného majetku. Fond se zvyšuje o pořízený dlouhodobý hmotný a nehmotný majetek z prostředků fondu reprodukce majetku, bezúplatně převzatý majetek, nově zjištěný a nově zařazený majetek. Fond se naopak snižuje o výši zůstatkové ceny vyřazeného majetku, bezúplatně předaný majetek, odepsané náklady na trvale zastavené investice, o výši účetních odpisů a další vytvořené opravné položky.

Fond reprodukce majetku slouží pojišťovnám ke shromažďování finančních prostředků na nákup nového dlouhodobého majetku. Mezi zdroje fondu řadíme odpisy veškerého majetku včetně zůstatkové ceny vyřazeného majetku, příděly z provozního fondu, dary určené do tohoto fondu, příděl ze zisku, dotace ze státního rozpočtu, zůstatky fondu při sloučení či splnutí

zdravotní pojišťovny a kladné kursové rozdíly. Fond se snižuje o pořízení dlouhodobého majetku hmotného i nehmotného včetně záloh na něj, splátky úroků z úvěrů použitých na nákup, přiděl do provozního fondu, bankovní poplatky, záporné kursové rozdíly a další.

- **Fond prevence**

Tento fond pojišťovny zřizují na základě dobrovolného rozhodnutí a umožňují tak pojišťovnám aspoň částečnou konkurenci. Fond prevence slouží na úhradu zdravotních služeb, které mají funkce preventivní, diagnostickou či léčebnou a souvisí buďto s onemocněním pojištěnce, nebo s hrozbou onemocnění. Zdravotní pojišťovna může stanovit podmínky pojištěncům k tomu, aby hradila zdravotní služby z tohoto fondu, neboť takovéto úhrady služeb jsou nad rámec zákona.

2.2.6 Představení jednotlivých zdravotních pojišťoven

Jak už bylo několikrát výše zmíněno, v České republice poskytují všeobecné zdravotní pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a zaměstnanecké pojišťovny.

- **Všeobecná zdravotní pojišťovna**

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR má vůči ostatním zaměstnaneckým pojišťovnám specifické postavení. Díky svému historickému vývoji je největší zdravotní pojišťovnou na trhu veřejného zdravotního pojištění v České republice. Byla založena v roce 1992 jako jediná ze zdravotních pojišťoven na základě zákona. Je právnickou osobou, avšak není zapsána v obchodním rejstříku. V právních vztazích vystupuje svým jménem, nabývá práv a povinností a za vztahy z nich vyplývající nese odpovědnost. Na základě zákona vykonává oproti zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám činnosti, které jsou jedinečné v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, který obsahuje veškeré osoby s nárokem vzniku zdravotního pojištění a informace, u jaké zdravotní pojišťovny je osoba pojištěna, dále je správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění pro účely přerozdělování pojistného. Spravuje Informační centrum zdravotního pojištění, Kapitační centrum a zajišťuje tisk a vydává odborné publikace a metodik. Nesmí zřizovat ani provozovat zdravotnická zařízení.

Všeobecná zdravotní pojišťovna má téměř 6 milionů pojištěnců, disponuje nejširší sítí poskytovatelů zdravotních služeb. Organizační strukturu tvoří Ústředí, regionální pobočky a klientská pracoviště. Sídlo Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR se nachází v Praze 3 na ulici Orlická 4/2020. Regionálních poboček má Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR šest, a to

v Praze, Plzni, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Ostravě a Brně. Klientská pracoviště se nacházejí na celém území České republiky.

- **Vojenská zdravotní pojišťovna ČR**

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR působí v rámci českého systému veřejného zdravotního pojištění od roku 1993 a spolupracuje s Ministerstvem obrany ČR a Armádou ČR. Kromě běžné činnosti zaměstnaneckých pojišťoven (výběru pojistného od plátců a hrazení zdravotní péče), plní ještě další úkoly. Zprostředkovává úhrady zdravotní péče hrazené Ministerstvem obrany ČR, vytváří a spravuje fond úhrady zdravotní péče hrazené Ministerstvem obrany ČR a vytváří fond pro úhradu preventivní péče, která je poskytována nad rámec zdravotního pojištění pro vojáky v činné službě a žáky vojenských škol. Kromě toho poskytuje i další příspěvky a programy v rámci rozšířené zdravotní péče. Vojáci v základní službě, činné službě a žáci vojenských škol jsou u Vojenské zdravotní pojišťovny ČR pojištěni povinně. Pojištěncem se však může stát každý občan bez ohledu na to, zda je vojákem či nikoliv. Organizační strukturu tvoří Ústředí a klientské pobočky, kterých je více než 40 po celém území České republiky.

- **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna byla zřízena rozhodnutím Ministerstva práce a sociálních věcí ČR v roce 1992 pod názvem Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR bylo v roce 1996 realizováno sloučení této pojišťovny se Zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou ATLAS, a v roce 2009 se Zdravotní pojišťovnou AGEL a s Českou národní zdravotní pojišťovnou a došlo ke změně názvu na Hutnické zaměstnanecké pojišťovny na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. V roce 2012 se byla sloučena ještě s další Zdravotní pojišťovnou METAL – ALIANCE. Díky tomu tak vznikla druhá největší zaměstnanecká pojišťovna v České republice s více než 100 pobočkami po celém území České republiky. Sídlo se nachází v Ostravě.

- **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

Pojišťovna vznikla v roce 1992 a zakladatelem je Svaz bank a pojišťoven. V roce 2000 byla spojena se zdravotní pojišťovnou STAZPO a poté se za zakladatele považují i Svaz podnikatelů ve stavebnictví, Odborový svaz Staveb a Stavební cech soukromých podnikatelů. Původně byla určena pro pracovníky v oborech bankovníctví, pojišťovníctví a podobně, ale

později se stala dostupnou pro všechny občany. Disponuje více než padesáti pobočkami, expoziturami či kontaktními místy EXPRES.

- **Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda vznikla v roce 1992 na základě podané žádosti firmou ŠKODA, automobilovou akciovou společností (nyní ŠKODA AUTO, a.s.). Dodnes má na firmu ŠKODA AUTO, a.s. silnou vazbu a primárně byla pojišťovna určena pro zaměstnance této společnosti. Dnes je však otevřena široké veřejnosti. Sídlo má v Mladé Boleslavi, kde má také zřízené poradenství pro pracovníky areálu ŠKODA AUTO, a.s. Kromě toho má dalších šest kontaktních míst.

- **Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR**

Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR vznikla v roce 1992 se sídlem v Praze na základě rozhodnutí Ministerstva práce a sociálního věcí ČR. Je druhou největší zdravotní pojišťovnou v České republice a má téměř 100 pracovišť po celé České republice. Sloučením se k této pojišťovně přidaly v letech 1997–1998 Zdravotní pojišťovna GRÁL – Železniční zdravotní pojišťovna a Regionální zdravotní pojišťovna REZAPO.

- **Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna**

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna je regionální zdravotní pojišťovnou, která sídlí v Ostravě. Klienty má převážně na Moravě a ve Slezsku a disponuje 41 kontaktními místy. Zdravotní pojišťovna působí na trhu od roku 1993 a v roce 1996 došlo ke sloučení s Moravskou zdravotní pojišťovnou. O zřízení požádaly např. Ostravsko-karvinské doly, a.s. Ostrava, Českomoravské doly, a.s. Důl ČSM Stonava, Jihomoravské lignitové doly, s.p. Hodonín a další.

2.3 Systém přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění

Přerozdělování pojistného tvoří hlavní část příjmů zdravotních pojišťoven. Funguje v České republice od vzniku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, tedy od roku 1993 a je upraven zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Každá pojišťovna má jiné složení pojištěnců s rozlišným zastoupením rizikových faktorů. Složení pojištěnců se liší věkem, sociálním složením, chronickými onemocněními a dalšími rizikovými faktory. Kvůli zajištění alespoň určité míry solidarity a spravedlnosti podléhá vybrané pojistné systému přerozdělování, který by měl napomoci

rozdílné zastoupení rizikových faktorů v pojistných kmenech zdravotních pojišťoven kompenzovat.

Přerozdělování probíhá prostřednictvím zvláštního účtu spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Předmětem přerozdělování je pojistné vybrané zdravotními pojišťovnami, pojistné hrazené státem a další příjmy zvláštního účtu. Způsob stanovení částky náležící zdravotním pojišťovnám se v čase vyvíjel, zákon byl tedy několikrát novelizován. (Němec 2008, Barták 2012)

- **Princip přerozdělování od roku 1993 do 2004**

Pojistné hrazené státem za pojištěnce bez vlastních příjmů je nižší než pojistné za osoby výdělečně činné, a tak by byly pojišťovny s vyšším podílem klientů bez vlastních příjmů značně znevýhodněny. Proto byly zdravotní pojišťovny povinny nahlásit správci zvláštního účtu daný procentní podíl vybraného pojistného. Na zvláštní účty byly připsány veškeré platby pojistného hrazeného státem za osoby bez vlastních příjmů a celková suma podléhala přerozdělení.

Od začátku roku 1993 byl zaveden 50% model přerozdělování, který zohledňoval pouze věk pojištěnců, za které platí pojistné stát. Pojištěnci byli rozděleni podle věku do dvou skupin, a to pojištěnci do 60 let věku a nad 60 let věku.

Od 1.1.1994 byl novelou zákona zaveden 60 % model přerozdělování pojistného. Jako rizikový faktor byl zohledňován pouze věk do 60 let věku a nad 60 let věku, a to pouze u pojištěnců, za které hradil pojistné stát. Zdravotní pojišťovna získala za státního pojištěnce do věku 60 let jeden finanční podíl a nad 60 let tři finanční podíly. V tomto modelu 60% přerozdělení pojistného nebyly zohledňovány různě vysoké výdaje na zdravotní péči zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a osoby bez zdanitelných příjmů. Systém nekompenzoval dostatečně věkovou strukturu a zdravotní stav pojištěnců, proto zdravotní pojišťovny upřednostňovaly méně rizikové pojištěnce. (Zákon č. 592/1992 Sb., v původním znění účinném k 1. 1. 1993)

- **Princip přerozdělování od roku 2005**

Kvůli již zmíněným nedostatkům byl navržen a od roku 2005 zaveden 100% systém přerozdělování, kdy z toho 65 % vybraného pojistného na veřejném zdravotním pojištění podléhalo starému principu přerozdělování a 35 % novému. Od začátku roku 2006 potom starému principu přerozdělování podléhalo 30 % vybraného pojistného a novému 70 %. S platností od 1. 4. 2006 byl zaveden nový systém 100% přerozdělování vybraného pojistného.

- **Princip přerozdělování od 1.4.2006 do 2017**

Tento princip přerozdělování se liší především přerozdělováním 100 % vybraného pojistného na veřejném zdravotním pojištění podle nového principu a kritériem přerozdělování byl nově počet všech pojištěnců a nikoliv pouze těch, za které platil pojistné stát. Zohledněna byla nákladovost pojištěnců podle pohlaví, věku a podle počtu nákladných pojištěnců.

K přerozdělování se začaly používat tzv. nákladové indexy skupin pojištěnců. Pojištěnci byli rozděleni podle věku do 18 věkových skupin vždy pro rozmezí 5 let (tzv. 0–5 let, 5–10 let, atd.), poslední skupinou pak byla skupina pojištěnců s věkem 85 a více. Dále byli rozděleni podle pohlaví na muže a ženy. Celkem tedy bylo nákladových indexů stanoveno 36.

Jednotlivé nákladové indexy se každoročně stanovují jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v konkrétní věkové skupině podle pohlaví a průměrných nákladů na tzv. standardizovaného pojištěnce. Tyto průměrné náklady stanovuje správce účtu, kterým je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, na základě získaných údajů z posledního uzavřeného kalendářního roku všech zdravotních pojišťoven. Průměrné náklady na pojištěnce podle věku a pohlaví tedy stanovuje na základě průměru všech nákladů všech zdravotních pojišťoven a na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví. Průměrné náklady na standardizovaného pojištěnce pak stanovuje na základě průměrných nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věkové skupině 15–20 let.

Zdravotní pojišťovny byly povinny poskytovat správci zvláštního účtu údaje nutné k výpočtu přerozdělování pojistného. Musely nahlásit nejpozději do 8. dne daného měsíce celkový počet pojištěnců v jednotlivých skupinách dle pohlaví a věku k 1. dni daného měsíce, dále počet pojištěnců, za které hradí pojistné stát také k 1. dni daného měsíce a nejpozději do 22. dne daného měsíce sdělovaly výši vybraného pojistného za období od 18. dne minulého měsíce do 17. dne daného měsíce.

Nejdříve je nutné stanovit podíl na standardizovaného pojištěnce tak, že celkový součet vybraného pojistného pojišťovnami, plateb pojistného státem, pokut, penále, úroků, pokud jsou příjmem zvláštního účtu, je vydělen celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven. Dále bylo potřeba zjistit počet standardizovaných pojištěnců každé konkrétní zdravotní pojišťovny tak, že se počet pojištěnců dané skupiny podle věku a pohlaví vynásobil příslušným nákladovým indexem pro danou skupinu. Nakonec bylo možné zjistit celkovou částku náležící jednotlivým zdravotním pojišťovnám jako součin podílu na standardizovaného pojištěnce a počtu standardizovaných pojištěnců konkrétní zdravotní

pojišťovny. Celkovou částku po přerozdělení oznámí správce účtu do 30. dne daného měsíce. V případě, že celková částka po přerozdělení náležící zdravotní pojišťovně přesáhne částku vybraného pojistného danou pojišťovnou, správně účtu poukáže pojišťovně chybějící část finančních prostředků. Naopak pokud celková částka po přerozdělení náležící zdravotní pojišťovně nedosáhne částky vybraného pojistného, je pojišťovna povinna přebývající část finančních prostředků odvést na zvláštní účet. (Zákon č. 592/1992 Sb., ve znění zákona č. 438/2004 Sb., s účinností od 1. 8. 2004; Barták 2010)

Tab. 2.5 Nákladové indexy věkových skupin pojištěnců pro rok 2007 a 2017

Věková skupina	Rok 2007		Rok 2017	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
0–5	1,5461	1,3634	1,5092	1,3419
5–10	0,9577	0,8575	0,8000	0,6841
10–15	0,8988	0,9146	0,8150	0,8449
15–20	0,7591	1,000	0,7709	1,000
20–25	0,6717	1,0258	0,6556	0,9805
25–30	0,7508	1,3551	0,7260	1,2458
30–35	0,8319	1,3731	0,8088	1,3847
35–40	0,9399	1,3521	0,9099	1,3433
40–45	1,1190	1,4601	1,0027	1,3147
45–50	1,4528	1,8086	1,2221	1,5410
50–55	2,0164	2,2253	1,5489	1,7794
55–60	2,7207	2,5112	2,1134	2,1021
60–65	3,3712	2,9607	2,7079	2,3601
65–70	4,0952	3,5389	3,3785	2,8604
70–75	4,9399	4,2161	4,0932	3,4681
75–80	5,4859	4,7062	4,4599	3,9260
80–85	5,5226	4,9802	4,8073	4,4932
85 a více	5,4122	5,3799	4,6858	4,6845

Zdroj: Vyhláška č. 538/2006 Sb.; Vyhláška č. 399/2016 Sb. Vlastní zpracování.

V tabulce 2.5 můžeme pozorovat, jak se nákladové indexy změnily v rámci 10 let. Jednicové náklady jsou stanoveny pro ženy ve věkové skupině 15–20 let (tzv. standardizovaný pacient) v obou sledovaných letech. V roce 2007 i 2017 jsou podle nákladových indexů nejméně nákladní muži ve věkové skupině 20 až 25 let a naopak nejvíce nákladní muži ve věku 80 až 85 let. Ke zvýšení nákladového indexu v roce 2017 oproti roku 2007 došlo ve skupině mužů 15–20 let, ale pouze o 0,0118 a u žen ve věku 30–35 let o 0,0116. Nákladový index žen 15–20 zůstat nezměněn. Ostatní nákladové indexy však mají v čase klesající tendenci a

nejvýraznější rozdíly můžeme pozorovat s přibývajícím věkem pojištěnců. Největší pokles je zaznamenán u mužů i žen ve věku 75–80 let o hodnotu 1,026 v případě mužů a 0,7802 v případě žen.

K tomuto principu přerozdělování byl přidán ještě systém částečného zohlednění mimořádně nákladných pojištěnců. Pokud náklady na pojištěnce přesáhnou zákonem stanovenou hodnotu (pro rok 2017 patnáctinásobek, dříve třicetinásobek průměrných nákladů na pojištěnce), má pojišťovna nárok na úhradu 80 % částky, o kterou uhrazené výdaje za služby přesáhly zákonem stanovenou hranici. Úhrada za tyto nákladné hrazené služby probíhá formou měsíčních záloh a následného ročního vyúčtování.

- **Princip přerozdělování od 2018**

Od 1.1.2018 vstoupila v účinnost novela zákona 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění a přinesla zásadní změnu systému přerozdělení vybraného pojistného, a to přerozdělování podle metody PCG klasifikace. Zkratka PCG znamená Pharmacy-based Cost Groups, tedy v překladu farmaceuticko-nákladové skupiny pojištěnců. Tato metoda kromě pohlaví a věku zohledňuje navíc i chronická onemocnění a je tedy přesnější. Pro zdravotní pojišťovny jsou riziková zejména pojištěnci s chronickým onemocněním jako diabetes, astma, nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, apod, proto bylo žádoucí, aby se tito pojištěnci stali předmětem kompenzace nákladné péče. Chronická onemocnění jsou významným medicínským, ale i ekonomickým problémem dnešní doby. Léčba často může trvat desítky let, či do konce života pojištěnce. Náklady na tato onemocnění činí v rozvinutých zemích 70–80 % výdajů na zdravotnictví.

Zařazení pojištěnců do jednotlivých skupin je založeno na spotřebě léků typických pro dané onemocnění (např. inzulin v případě diabetesu). PCG skupin je stanoveno celkem 25 a pro každou farmaceuticko-nákladovou skupinu jsou stanoveny každoročně nákladové indexy, jak je zaznamenáno pro rok 2018 v příloze č. 1. Výrazně nejvyšší hodnotu (41,6, což je šestkrát více, než aritmetický průměr všech hodnot) má nákladový index pro chronické onemocnění renální selhání (selhání ledvin). Druhou nejvyšší hodnotu má onemocnění cystická fibróza a onemocnění exokrinní funkce pankreatu (porucha trávení tuků) s hodnotou 20,74 a malignita (nádorové onemocnění) s hodnotou 17,2.

Změna také nastala v rozdělení pojištěnců do skupin podle pohlaví a věku. Nyní existuje 38 (oproti 36 původních) skupin pro věkové rozmezí do jednoho roku, 1–4 roky a dále potom vždy v rozmezí pěti let až do věku 85 let a více. Tabulka věkové skupiny pojištěnců pro

přerozdělování pojistného pro rok 2018 se nachází v příloze č. 2. Odlišný je i výpočet nákladových indexů podle věku. Nákladové indexy dle věku jsou nejvyšší pro skupiny dětí do 1 roku a potom pro osoby, které mají 85 let a více.

Ministerstvo zdravotnictví každoročně vypočítá a zašle Dozorčímu orgánu nad přerozdělováním prostředků a zdravotním pojišťovnám vypočítané parametry přerozdělování, a to do 15. září. K výpočtu jsou nutné údaje zdravotních pojišťoven za předcházející kalendářní rok. Údaje zasílají zdravotní pojišťovny Ministerstvu zdravotnictví do 31. července následujícího roku. Ministerstvo zdravotnictví na základě poskytnutých údajů vypočítá nákladové indexy věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin, dále korekci pro souběh skupin a tzv. zajišťovací konstantu. Zajišťovací konstantou je stanovená hranice nákladovosti jednoho pojištěnce. Pokud dojde k překročení této hranice, jsou pojišťovně za daného pojištěnce hrazeny prostředky na základě přerozdělování podle nákladných hrazených služeb. Výpočet nákladových skupin je složitý a probíhá metodou vážené lineární regrese. Nákladový index pojištěnce se stanoví jako součet čísla 1, nákladového indexu dle věkových skupin, nákladového indexu dle farmaceuticko-nákladových skupin, případně upraven o korekce pro souběh skupin.

Pro účely výpočtu měsíčního přerozdělování podle indexů jsou povinny zdravotní pojišťovny nahlašovat správci účtu nejpozději do 8. dne v měsíci:

- počet pojištěnců zařazených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupin a skupin dle věku včetně počtu pojištěnců s kombinací těchto skupin k 1. dni daného měsíce,
- dále počty pojištěnců, za které hradí pojistné stát k 1. dni daného měsíce,
- výši vybraného pojistného za předcházející kalendářní měsíc

Poté zdravotní pojišťovny nahlašují počet pojištěnců k 1. dni kalendářního měsíce předcházejícího o 3 měsíce a tyto údaje porovnává se sdělenými údaji v kalendářním měsíci o 3 měsíce předcházející. O případné rozdíly pak správce upraví počet pojištěnců v daném kalendářním měsíci. Veškeré údaje jsou zasílány elektronicky datovou zprávou v elektronické aplikaci.

Správce daně sdělí celkovou sumu připadající konkrétní pojišťovně do 15. dne kalendářního měsíce. Celková částka po přerozdělení se vypočte jako součin podílu na standardizovaného pojištěnce a počtu standardizovaných pojištěnců konkrétní zdravotní pojišťovny. Podíl na standardizovaného pojištěnce se stanoví jako částka určená

k přerozdělování ponížena o částku přerozdělování podle nákladných hrazených služeb a vydělena celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech pojišťoven. Počet standardizovaných pojištěnců dané pojišťovny se vypočítá jako součet všech nákladových indexů všech jejích pojištěnců.

Pokud úhrady na konkrétního pojištěnce překročí za období částku příjmů zdravotní pojišťovny za pojištěnce na základě přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty, jedná se o tzv. nákladného pojištěnce. Za tohoto pojištěnce má pojišťovna nárok na kompenzaci:

- 80 % částky, o kterou náklady na hrazené služby překročily stanovenou hranici, nejvýše však čtyřnásobek zajišťovací konstanty
- 95 % částky, o kterou náklady na hrazené služby překročí šestinásobek zajišťovací konstanty a příjmu za daného pojištěnce.

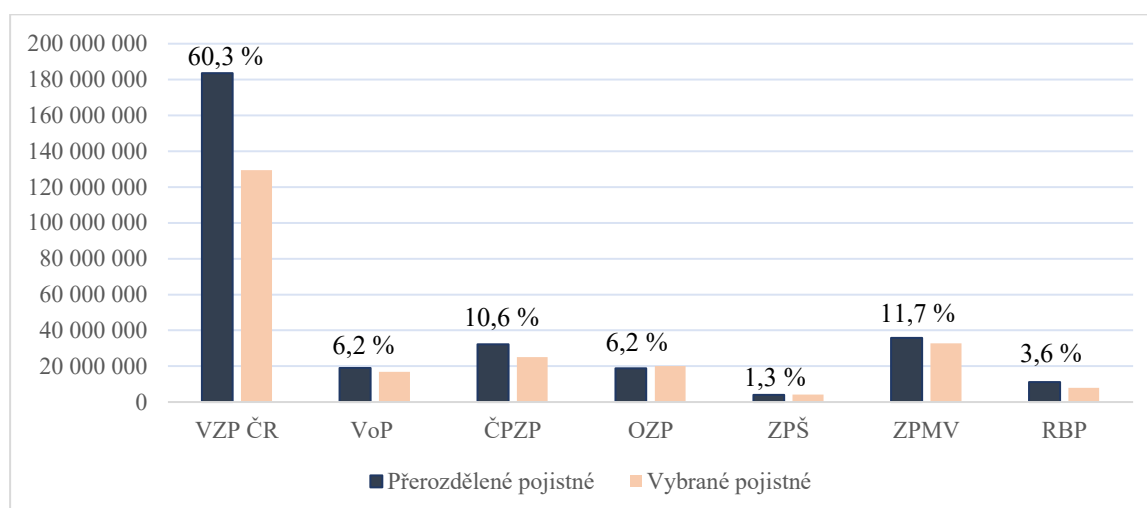
Tato kompenzace se poskytuje prostřednictvím měsíčních záloh a následného ročního vyúčtování. Správce daně i v tomto případě oznamuje zdravotním pojišťovnám do 15. dne v měsíci výši zálohy.

Stejně jako v předcházejícím modelu, pokud vybrané pojistné zdravotní pojišťovny přesahuje částku, na kterou má nárok po přerozdělení, musí zdravotní pojišťovna přebývající částku zaslat na zvláštní účet. Pokud je vybrané pojistné nižší než částka, na kterou má nárok po přerozdělení, správce daně zdravotní pojišťovně rozdíl doplatí. (Zákon č. 592/1992 Sb.)

Tento model má napomoci narovnání podmínek, kdy dochází k vyrovnání nesouladů způsobených různým složením pojistných kmenů. Více finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění nyní dostanou pojišťovny s relativně větším množstvím chronicky nemocných, a tedy často vysoce nákladných pojištěnců. Systém by měl motivovat zdravotní pojišťovny k investicím do péče o chronicky nemocné pacienty. Cílená péče by měla mít za následek snížení nákladovosti těchto pojištěnců a díky sníženým výdajům by poté pojišťovny měly mít větší možnost investovat do kvalitní a moderní péče o pojištěnce.

Obr. 2.3 znázorňuje vybrané pojistné jednotlivými zdravotními pojišťovnami a výsledné částky po přerozdělení (v tis. Kč) v roce 2018. Výsledné částky po přerozdělení jsou vyjádřené také v procentech.

Obr. 2.3 Vybrané pojistné a výsledné částky po přerozdělování v roce 2018 (tis. Kč)

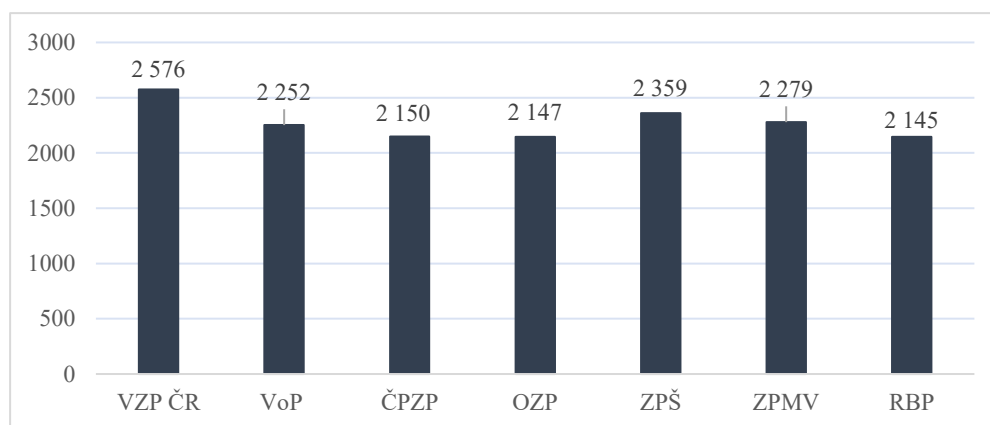


Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vlastní zpracování.

Největší část (60,3 %) náleželo Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, 11,7 % potom České průmyslové zdravotní pojišťovně a Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra ČR. Shodně 6,2 % náleželo Vojenské zdravotní pojišťovně ČR a Oborové zdravotní pojišťovně. Nejmenší podíly mají Revírní bratrská pokladna s hodnotou 3,6 % a Zdravotní pojišťovna ŠKODA 1,3 %. Z obr. 2.3 je také patrný výrazný rozdíl mezi vybraným pojistným a celkovou částkou náležící Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, k vybranému pojistnému jí náleželo po přerozdělení navíc přes 54 mld. Kč.

Průměrně měsíčně na jednoho pojištěnce získala nejvíce finančních prostředků po přerozdělení Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Na pojištěnce jí průměrně za měsíc bylo vypláceno 2 576 Kč. Druhá největší částka na pojištěnce byla vyplacena Zdravotní pojišťovně ŠKODA, a to 2 359 Kč. Naopak nejmenší částkou na pojištěnce disponovala Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna a Oborová zdravotní pojišťovna. V obrázku 2.4 se odráží složení pojistného kmene každé zdravotní pojišťovny. Nejvíce na pojištěnce dostávají pojišťovny s větším podílem chronicky nemocných pacientů, nadměrně nákladných pojištěnců, či v rizikovém věku.

Obr. 2.4 Průměrná měsíční výsledná částka po přerozdělení náležitostí jednotlivým zdravotním pojišťovnám na pojištěnce v roce 2018 (Kč)



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vlastní zpracování.

3 Analýza hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR

V této kapitole je provedena analýza hospodaření na základě stanovených ukazatelů zdravotních pojišťoven za sledované období 2013 až 2017. Hospodaření zdravotních pojišťoven funguje prostřednictvím fondů. Z fondů je pro účely posouzení hospodaření nejvýznamnější základní fond zdravotního pojištění (dále jen ZFZP), na kterém se shromažďují především vybrané platby pojistného a vyplácí se z něj finanční prostředky zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči. Ve výročních zprávách zveřejňují údaje o základním fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny v tabulkách typu A a typu B. Tabulky typu A zachycují základní fond z hlediska účtovaných pohledávek a závazků včetně dohadných položek dle platné účetní legislativy. V tabulkách typu B jsou zveřejněny údaje o finančních tocích na účtech základního fondu zdravotního pojištění, tzn. počáteční stavy, příjmy, výdaje a konečné zůstatky na účtech. Pro posouzení stavu hospodaření jsou v diplomové práci použity údaje o reálných finančních tocích základního fondu zdravotního pojištění. Použitím této metody je abstrahováno od účetních předpisů závazků a pohledávek, proto jsou dále stavy závazků a pohledávek samostatně zohledněny.

Dalšími významnými fondy, ke kterým bude přihlíženo, je fond rezervní a provozní. Rezervní fond (dále jen RF) slouží ke krytí schodku základního fondu zdravotního pojištění a pro neočekávané situace jakými jsou výskyt epidemie či přírodní katastrofy. Rezervní fond by měl být naplněn ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. V této kapitole je v rámci tohoto fondu sledována výše účetního předpisu rezervního fondu v zákonné výši a jeho skutečné naplnění finančními prostředky. Provozní fond je sledován z pohledu výdajů, které tvoří výdaje na provozní činnost (především mzdové náklady), příděly do rezervního fondu a fondu reprodukce majetku zdravotních pojišťoven a z pohledu příjmů, které jsou tvořeny především přídělem ze základního fondu zdravotního pojištění.

Posledním sledovaným fondem je fond prevence, díky kterému si mohou zdravotní pojišťovny alespoň částečně konkurovat. Sledovány jsou výdaje na preventivní programy v jednotlivých letech.

Dále jsou zdravotní pojišťovny hodnoceny z pohledu počtu pojištěnců, počtu smluvních poskytovatelů, celkových příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven.

Celkovou výši příjmů, výdajů, a tedy i konečného stavu finančních prostředků zdravotních pojišťoven ovlivňuje kromě hlavní činnosti provozování dalších činností, které

podléhají dani z příjmů právnických osob dle zákona 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Mohou jimi být poskytování soukromého pojištění, pronájem nebytových prostor, vlastnění finančního majetku (účasti v jiných organizacích) a další činnosti.

3.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR má jako největší zdravotní pojišťovna v České republice nejvyšší počet pojištěnců a smluvních poskytovatelů (viz tabulka 3.1). Celkový počet pojištěnců měl kromě roku 2017 klesající tendenci, avšak klesání se ve sledovaném období zpomalovalo, a zatímco v roce 2014 činil meziroční pokles 109 761 pojištěnců, v roce 2017 již meziročně došlo poprvé od roku 2010 ke zvýšení průměrného počtu pojištěnců, a to o 2 191 osob. Ředitel VZP ČR považuje zvýšení počtu pojištěnců za důkaz toho, že je tato zdravotní pojišťovna je opět vnímána jako garant dostupné a kvalitní zdravotní péče. Příčinou mohou být také atraktivní preventivní programy, výrazné zlepšení hospodářských výsledků v posledních letech a nejširší síť poskytovatelů zdravotních služeb. Každým rokem došlo ke snížení podílu pojištěnců, za které hradí pojistné stát a průměrně tento podíl činí 57,7 %.

Pojišťovna se soustředí na zajišťování dostupné, kvalitní a bezpečné zdravotní péče s důrazem na zlepšování místní a časové dostupnosti, proto ve sledovaném období došlo každoročně k rozšíření sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče. V letech 2013-2017 došlo v absolutním vyjádření k nárůstu celkem o 739 zdravotnických zařízení (viz tabulka 3.1).

Tab. 3.1 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	6 084 931	5 975 170	5 932 825	5 920 196	5 922 387
z toho státem hrazení	3 616 273	3 533 194	3 465 449	3 421 246	3 376 001
Počet smluvních poskytovatelů	40 216	40 349	40 784	40 979	40 955
z toho ambulantní poskytovatelé	36 094	36 135	36 390	36 623	36 663

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vývoj výše příjmů základního fondu je zachycen v tabulce 3.2. Většinou část příjmů základního fondu, průměrně 98,60 %, tvoří vybrané pojistné po přerozdělování. Ve sledovaném období mají příjmy rostoucí tendenci a vzrostly o 25 470 mil. Kč (117,5 %). V roce 2013 byla výše příjmů ovlivněna také návratnou finanční výpomocí ze státního rozpočtu ve výši 1,7 mil. Kč.

Největší položkou výdajové stránky základního fondu zdravotního pojištění jsou výdaje za zdravotní služby, jak je prezentováno v tabulce 3.2. Průměrně výdaje za zdravotní služby

dosahují 95,59 % výdajů základního fondu. Celková hodnota výdajů každoročně roste. Za sledované období se roční výše výdajů základního fondu zvýšila o 23 704 mil. Kč, tzn. o 16,33 %. V letech 2014, 2015 a 2016 došlo ke splacení návratné finanční výpomoci.

Tab. 3.2 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	145 421 776	149 195 141	155 235 036	161 462 647	170 892 228
z toho pojistné po přerozděl.	142 125 596	147 458 283	153 427 031	159 498 456	168 839 789
z toho finanční výpomoc	1 700 000	-	-	-	-
Výdaje celkem	145 148 984	149 341 874	154 577 034	159 290 749	168 853 302
z toho na zdravotní služby	140 599 689	141 621 167	148 991 392	151 017 722	160 527 587
z toho splátka finanční výp.	-	700 000	500 000	500 000	-

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

Nejméně příznivým byl pro hospodaření rok 2013, kdy vlivem ekonomické krize příjmy pojišťovny klesaly, náklady na zdravotní služby rostly a rezervy byly postupně vyčerpány. Na nízkou příjmovou stránku měla vliv především vysoká míra nezaměstnanosti, stagnace průměrných mezd a pokles reálných mezd. V roce 2013 činilo saldo příjmů a výdajů 272 792 tis. Kč, avšak kladné hodnoty bylo dosaženo jen díky finanční výpomoci. Bez této finanční výpomoci by bylo saldo záporné ve výši - 1 427 208 tis. Kč. Od roku 2014 došlo ke zlepšení finanční situace na základním fondu. V roce 2014 bylo saldo sice záporné ve výši - 146 733 tis. Kč, ale to po splátce finanční výpomoci ve hodnotě 700 000 tis. Kč. V dalších letech jsou již salda kladná, což mělo pozitivní vliv na konečný zůstatek na bankovním účtu základního fondu zdravotního pojištění. Zatímco v roce 2013 činil včetně finanční výpomoci konečný stav 396 263 tis. Kč, v roce 2017 byl konečný stav téměř třináctkrát vyšší a činil 5 118 356 tis. Kč. Vývoj počátečního stavu, salda příjmů a výdajů a konečného stavu na bankovním účtu ZFZP je zachycen v tabulce 3.3.

Tab. 3.3 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	123 471	396 263	249 530	907 532	3 079 430
Saldo	272 792	-146 733	658 002	2 171 898	2 038 926
Konečný stav	396 263	249 530	907 532	3 079 430	5 118 356

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

Ve sledovaném období se konečný stav na bankovních účtech VZP ČR každoročně zvyšuje, což je dáno kladným saldem celkových příjmů a výdajů (viz tabulka 3.4). Saldo v roce

2013 je kladné díky finanční výpomoci, jak již bylo zmíněno. Od roku 2014 se ekonomická situace zlepšovala a pojišťovna byla schopna tvořit finanční rezervy na bankovních účtech. Za pět sledovaných let se konečný stav na bankovních účtech zvýšil z půl miliardy korun na 14,87 miliard, tedy více než 27krát. Saldo příjmů a výdajů zdaňované činnosti bylo kladné pouze v roce 2013, v ostatních letech bylo záporné, i když částka není pro výsledek hospodaření příliš významná. Mezi ostatní zdaňovanou činnost VZP ČR patří činnosti související s hlavní činností pojišťovny, s pronájmem nebytových prostor a využíváním finančního majetku a zprostředkováním činnosti pro Pojišťovnu VZP, a.s., která je univerzální neživotní pojišťovnou a 100% dceřinou společností. Pojišťovna také vlastnila 51 % akcií společnosti IZIP, a.s.. V roce 2016 však došlo k navrácení 46 % akcií a ke změně názvu obchodní firmy na ZDRAVEL, a.s. a v roce 2017 na Společnost pro eHealth databáze, a.s., ve které k 31.12.2017 vlastnila VZP ČR 5 % akcií v celkové hodnotě 120 tis. Kč.

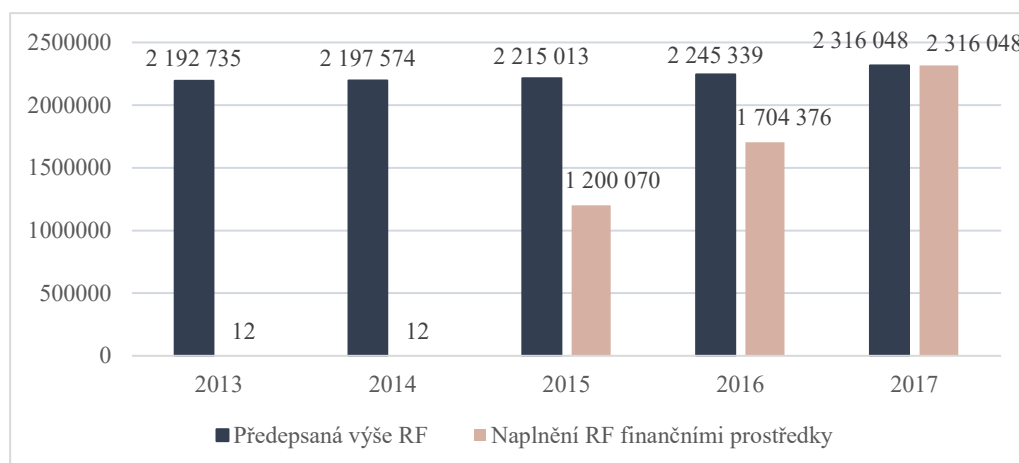
Tab. 3.4 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	256 386	2 314 823	1 190 097	5 196 145	5 631 552
z toho saldo zdaňované čin.	916	-10 288	-10 052	-4 371	-13 160
Konečný stav fin. prostředků	533 335	2 848 158	4 038 255	9 234 400	14 865 952

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

Do rezervního fondu neproběhl v letech 2013 a 2014 žádný převod finančních prostředků z důvodu jejich nedostatku a na konci roku 2014 činil konečný stav na bankovním účtu 12 tis. Kč místo 2 197 574 tis. Kč. V roce 2015 bylo vzhledem k příznivějšímu ekonomickému vývoji převedeno do rezervního fondu 1 200 mil. Kč ze základního fondu zdravotního pojištění a fond tak byl naplněn z 54 % předepsané výše. V následujícím roce došlo k naplnění 76 % předepsané výše z části ze základního fondu a mimořádným převodem z provozního fondu. Rozdíl mezi předepsanou výší a skutečnou finanční výší fondu činil 541 mil. Kč. Rezervní fond byl naplněn do zákonné předepsané výše až v roce 2017, a to z uspořené části provozního fondu. Stav předepsané výše rezervního fondu a výše skutečné výše finančních prostředků na bankovním účtu fondu je znázorněn graficky v obrázku 3.1.

Obr. 3.1 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

Příjmy a výdaje provozního fondu jsou zaznamenány v tabulce č. 3.5. V roce 2013 bylo hlavním cílem zajistit běžnou provozní činnost s co nejvíce možným omezením nákladů. Část finančních prostředků provozního fondu byla ponechávána na základním fondu zdravotního pojištění a použita pro úhrady zdravotních služeb. Do provozního fondu byly převedeny finanční prostředky pouze do výše splatných plnění. Meziroční růst příjmu 73,6 % v roce 2014 byl zapříčiněn vyrovnáním vnitřního dluhu mezi fondy z předchozích období. V roce 2015 byl proveden převod pouze ve výši 2 446 mil. Kč z důvodu vyššího počátečního zůstatku na bankovním účtu provozního fondu a opět se zvýšil závazek vůči ZFZP. Vnitřní dluh mezi ZFZP a provozním fondem byl průběžně dorovnáván a zcela vyrovnán byl v lednu 2018. Průměrně 95,3 % příjmů provozního fondu tvoří příděl ze ZFZP. Výdaje provozního fondu za sledované období vzrostly o 54,5 %. Každoročně se snižuje podíl výdajů na zajištění provozní činnosti. Zatímco v roce 2013 bylo na provoz určeno 92,3 %, v roce 2017 už jen 60,5 %, neboť došlo ke zvyšování přídělů do rezervního fondu a fondu reprodukce majetku.

Tab. 3.5 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	3 520 590	6 111 088	2 598 522	6 724 410	6 903 329
z toho příděl ze ZFZP	3 157 219	5 964 261	2 446 473	6 523 405	6 764 414
Výdaje celkem	3 541 768	3 892 262	4 202 758	4 416 986	5 472 657
z toho na provozní činnost	3 268 368	3 382 049	3 347 579	3 329 336	3 309 121

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

V tabulce 3.6 jsou zobrazeny výdaje na preventivní programy z fondu prevence. V roce 2013 bylo i přes deficitní hospodaření na preventivní programy vyplaceno nejvíce finančních prostředků, o 173 mil. Kč více než bylo očekáváno, z důvodu nejvyššího počtu pojištěnců a

kvůli zvýšenému zájmu pojištěnců o jednotlivé zdravotní programy. Vyšší částka oproti plánu byla vyplacena také v roce 2016, v dalších sledovaných letech byly výdaje nižší než plánované. Nejvíce bylo vyplaceno na prevenci kardiovaskulárního onemocnění, prevenci infekčních onemocnění (očkování) a na ozdravné pobyty.

Tab. 3.6 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	633 150	432 256	376 969	580 533	414 373

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

V časovém úseku 2013-2017 nebyly zaznamenány u VZP ČR závazky po splatnosti, evidovány však byly pohledávky po splatnosti (viz tabulka 3.7). Většinovou část pohledávek po splatnosti tvoří pohledávky za plátcí pojistného. S výjimkou roku 2017 se pohledávky po splatnosti každoročně snižují. Za sledované období se jejich hodnota snížila téměř na polovinu.

Tab. 3.7 Stav závazků a pohledávek k 31.12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	21 291 218	21 624 862	19 361 955	21 542 003	21 694 070
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	22 539 591	21 664 872	18 763 464	18 535 607	19 571 686
z toho po splatnosti	12 017 476	10 760 508	7 677 155	6 641 787	6 649 669

Zdroj: Výroční zprávy VZP ČR 2013-2017. Vlastní zpracování.

3.2 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

Průměrný počet pojištěnců Vojenské zdravotní pojišťovny ČR měl v letech 2013-2015 rostoucí tendenci, poté začal klesat (viz tabulka 3.8). Podíl osob, za které hradí pojistné stát činí průměrně 54,5 % a meziročně se mírně snižuje. Vývoj počtu smluvních poskytovatelů byl kolísavý. Za 5 let došlo ke zvýšení průměrného počtu pojištěnců o 30 071 pojištěnců a ke zvýšení počtu smluvních poskytovatelů o 3 951.

Tab. 3.8 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	667 970	695 592	708 402	700 285	698 041
z toho státem hrazení	368 170	383 734	389 014	378 522	372 501
Počet smluvních poskytovatelů	24 941	24 878	25 689	26 082	25 773
z toho ambulantní poskytovatelé	21 822	21 720	22 205	22 617	21 995

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Hlavním zdrojem příjmů základního fondu tvoří vybrané pojistné po přerozdělování, a to průměrně 98,8 %. Celkové příjmy se každoročně zvyšují a od roku 2013 došlo k nárůstu o 4 835 500 tis. Kč, tedy oproti roku 2013 o více než 36 %. Celkové výdaje mají taktéž rostoucí tendenci a za sledované období vzrostly o 4 628 028 tis. Kč, v procentním vyjádření o 35,3 % (viz tabulka 3.9).

Tab. 3.9 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	13 335 222	14 752 284	15 547 814	16 239 428	18 170 722
z toho vybrané pojistné po přerozděl.	13 201 332	14 623 233	15 391 525	16 032 882	17 895 105
Výdaje celkem	13 110 846	14 706 639	15 765 823	16 202 732	17 738 874
z toho na zdravotní služby	12 633 238	14 234 101	15 150 534	15 582 979	17 051 950

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Z výše uvedeného vyplývá, že příjmy rostly rychleji než výdaje základního fondu zdravotního pojištění. To se odráží na převážně kladných saldech (viz tabulka 3.10). V roce 2015 však výsledné saldo bylo záporné a negativně tak ovlivnilo zůstatek na bankovním účtu ZFZP. Saldo bylo ovlivněno výrazným nárůstem nákladů za zdravotní služby a zrušením regulačních poplatků. Oproti plánu byly příjmy nižší o 0,3 % a naopak výdaje vyšší o 0,8 %. I přes nepříznivý vývoj v roce 2015 díky naspořeným rezervám z minulých let byl zůstatek na účtu ZFZP kladný ve výši 439 656 tis. Kč a pojišťovna neevidovala žádné závazky po lhůtě splatnosti poskytovatelům zdravotní péče. Na konci roku 2017 byl stav na bankovním účtu více než dvojnásobný ve výši 908 200 tis. Kč, a to hlavně kvůli příznivému ekonomickému vývoji roku 2017, a tedy nejvyššímu kladnému saldu v tomto roce.

Tab. 3.10 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	387 644	612 020	657 665	439 656	476 352
Saldo	224 376	45 645	-218 009	36 696	431 848
Konečný stav	612 020	657 665	439 656	476 352	908 200

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Negativní dopad mělo v roce 2015 saldo ZFZP i na saldo celkových příjmů a výdajů, kdy se zůstatek meziročně snížil o 67 350 tis. Kč (viz tabulka 3.11). V ostatních letech však byla salda kladná, stejně jako v případě základního fondu zdravotního pojištění, nejvyšší bylo v roce 2017. Za 5 let se zůstatek na účtu zvýšil o více než půl miliardy korun. Zdravotní pojišťovna provozuje kromě hlavní činnosti i ostatní zdaňovanou činnost, a to zejména

pronájem dočasně volných bytových a nebytových prostor v objektech poboček. Salda ostatní činnosti ovšem nemají příliš velký vliv na konečné stavy na účtech a v pokladnách.

Tab. 3.11 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	222 435	32 571	-67 350	71 154	494 441
z toho saldo zdaňované čin.	922	-904	-179	-594	17
Konečný stav fin. prostředků	1 024 821	1 057 392	990 042	1 061 196	1 555 637

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vojenská zdravotní pojišťovna má jako jediná zřízen fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb. Do roku 2016 se fond nazýval fond pro zprostředkování úhrady zdravotní péče. Příjmy jsou tvořeny primárně peněžními prostředky státního rozpočtu kapitoly Ministerstva obrany a tyto finanční prostředky jsou určeny na úhradu zprostředkované zdravotní péče, na provozní výdaje spojené s vedením se správou fondu a případně další poplatky. Výše těchto příjmů a výdajů je uvedena v tabulce 3.12. Jejich výše není s porovnáním s příjmy a výdaji základního fondu zdravotního pojištění příliš významná.

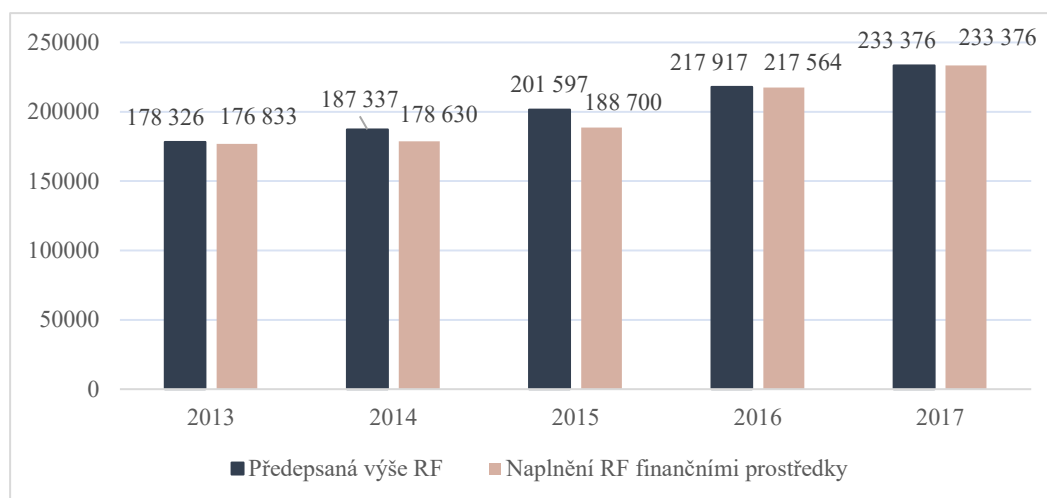
Tab. 3.12 Příjmy a výdaje fondu zprostředkování úhrady zdravotních služeb 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy FZÚZS	4 281	6 003	4 503	6 501	4 000
Výdaje FZÚZS	6 090	4 863	5 768	4 994	5 318

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Rezervní fond byl na částku stanovenou propočtem limitu RF naplněn v plné výši pouze v roce 2017. V letech 2013 až 2016 byl naplněn z 93,6 % - 99,8 %. K doplacení do stanovené výše však vždy došlo v prvním čtvrtletí následujícího roku (viz obrázek 3.2).

Obr. 3.2 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Příjmy provozního fondu tvoří převážně (z 97,2 %) příděl ze základního fondu zdravotního pojištění a jsou ve všech sledovaných letech nižší oproti tvorbě fondu z důvodu nepřevedených finančních prostředků. Na konci roku 2017 tvořila pohledávka vůči ZFZP 106,6 mil. Kč. Podíl výdajů na provozní činnost se pohybuje v letech 2013 až 2015 v rozmezí 90 % - 91 %, v roce 2016 podíl klesl na 85,3 % a v roce 2017 vzrostl na 88,6 %. Zbývající část výdajů tvořily příděly především do fondu reprodukce majetku. Celkové výdaje na 5 sledovaných let vzrostly o 12,6 % (viz tab. 3.13).

Tab. 3.13 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	423 078	370 765	487 911	375 084	435 231
z toho příděl ze ZFZP	376 617	364 841	486 038	373 295	433 360
Výdaje celkem	378 118	398 914	352 325	407 296	425 670
z toho na provozní činnost	343 787	359 367	318 578	347 347	377 141

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Kromě výdajů na preventivní programy z fondu prevence vyplácí pojišťovna finanční prostředky na preventivní péči nad rámec hrazených služeb z fondu pro úhradu preventivní péče (dále FPÚPP) z kapitoly ministerstva obrany. Nejvíce zdravotní pojišťovna vyplatila na preventivní programy v roce 2013, naopak nejméně v roce 2015, který byl pro pojišťovnu nejkritičtější. Poté po zlepšení finanční situace v roce 2016 a 2017 se výdaje na preventivní programy zvyšovaly (viz tabulka 3.14).

Tab. 3.14 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence a fondu pro úhradu preventivní péče 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	71 794	68 021	53 931	65 746	71 603
Výdaje na prev. péči z FPÚPP	5 060	4 943	5 597	5 694	4 946

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

VoZP ČR evidovala nulové závazky po splatnosti, pohledávky po splatnosti se však za pětileté období téměř zdvojnásobily (viz tabulka 3.15). Zatímco v roce 2013 činil podíl pohledávek po splatnosti 42,7 %, v roce 2017 to bylo 53,3 %. Hlavním důvodem zvyšování pohledávek po splatnosti, a to především pohledávek za plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění, byly provedené hromadné kontroly. Největší meziroční nárůst 533 mil. Kč je zaznamenán v roce 2017.

Tab. 3.15 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	1 653 214	2 306 317	2 368 924	2 784 979	3 351 573
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	1 931 519	2 142 536	2 360 633	2 441 351	2 997 540
z toho po splatnosti	825 741	872 090	1 109 370	1 065 226	1 598 395

Zdroj: Výroční zprávy VoZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

3.3 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna má pojistný kmen stabilizovaný s průměrným meziročním růstem 1,2 % průměrného počtu pojištěnců, jak je zřejmé z tabulky 3.16. Za sledované období získala pojišťovna průměrně 56 199 pojištěnců. Podíl státních pojištěnců činí průměrně 58,4 % a vykazoval mírně klesající tendenci. Počet smluvních poskytovatelů je taktéž uveden v tabulce 3.16. I přes každoroční pokles počtu smluvních poskytovatelů má ČPZP dlouhodobě stabilizovanou síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče. Pokles je zaznamenán primárně ve skupině lékáren a výdejen zdravotnického zařízení, a je způsoben především slučováním dříve samostatných subjektů do lékárenských řetězců. Celkově za 5 sledovaných let se počet snížil o 257 smluvních poskytovatelů.

Tab. 3.16 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	1 186 460	1 205 872	1 212 456	1 232 406	1 242 659
z toho státem hrazení	706 153	714 022	705 892	712 054	711 596
Počet smluvních poskytovatelů	25 496	25 422	25 386	25 276	25 239
z toho ambulantní poskytovatelé	22 061	22 097	22 091	22 065	22 063

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vývoj příjmů a výdajů základního fondu je zobrazen v tabulce 3.17. Příjmy i výdaje mají po celou dobu rostoucí tendenci. Hodnota příjmů byla v roce 2017 vyšší o 7 119 mil. Kč (31,3 %), než v roce 2013, což bylo způsobeno každoročním nárůstem počtu pojištěnců a také zvýšením částek pojistného. Z příjmů tvoří průměrně 99,3 % vybrané pojistné včetně přerozdělování. Výdaje se zvýšily o 6 599 mil. Kč (28,9 %).

Tab. 3.17 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	22 771 996	24 375 892	25 834 329	27 587 537	29 891 132
z toho vybrané pojistné po přerozděl.	22 605 128	24 100 542	25 645 473	27 470 414	29 747 120
Výdaje celkem	22 782 080	24 813 077	26 283 477	27 587 384	29 381 308
z toho na zdravotní služby	21 859 484	23 892 800	25 516 590	26 557 232	28 300 145

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

V prvních třech letech výše výdajů převyšovala hodnotu příjmů, což se projevovalo snižováním zůstatku na účtu ZFZP (viz tabulka 3.18). Konečný stav se od roku 2013 do roku 2015 snížil o 887 mil. Kč. Díky naspořeným rezervám z minulých let nedošlo k ohrožení finanční stability zdravotní pojišťovny. V roce 2016 již bylo již zaznamenáno kladné saldo, i když v nízké hodnotě 153 tis. Kč. K podstatnému zlepšení došlo v roce 2017, kdy se díky kladnému saldu konečný stav zvýšil o 509 mil. Kč.

Tab. 3.18 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	2 533 230	2 523 146	2 085 961	1 636 813	1 636 966
Saldo	-10 084	-437 185	-449 148	153	509 824
Konečný stav	2 523 146	2 085 961	1 636 813	1 636 966	2 146 790

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Velmi podobný průběh je zaznamenán v saldech celkových příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny (viz tab. 3.19). V letech 2013–2015 se došlo ke snížení konečného stavu finančních

prostředků o 922 mil. Kč. V následujících dvou letech se finanční situace zlepšila, bylo dosaženo kladných sald ve výši 1 023 mil. Kč a konečný stav na bankovním účtu tak měl na konci roku 2017 nejvyšší hodnotu za sledované období. Do celkového salda příjmů a výdajů je zahrnuto také saldo ostatní zdaňované činnosti, tedy příjmů a výdajů z pronájmu nebytových prostor v Ostravě a v Kladně a ze zprostředkování pojištění pro Českou podnikatelskou pojišťovnu, a.s.

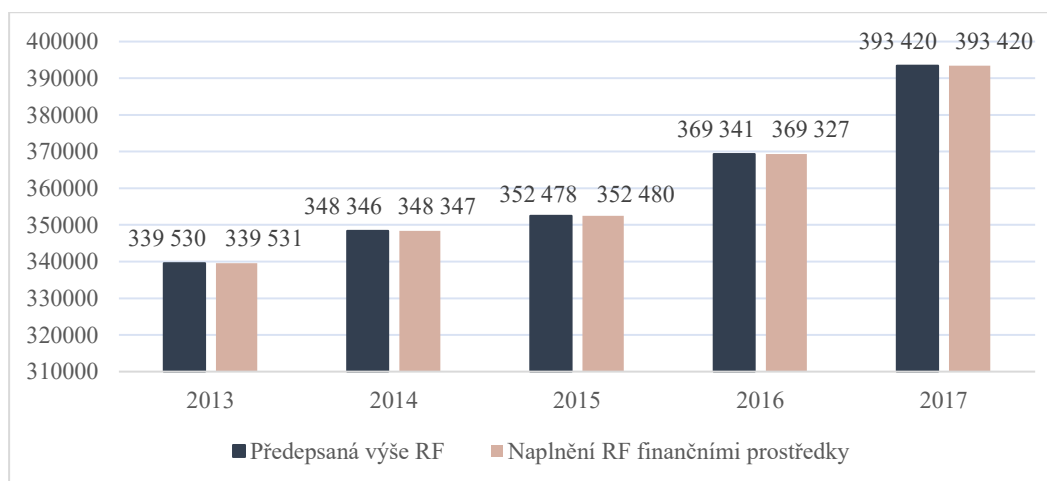
Tab. 3.19 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	-2 760	-507 585	-415 072	270 122	753 293
z toho saldo zdaňované čin.	1 985	8 466	-1 833	1 502	-1 119
Konečný stav fin. prostředků	3 642 959	3 135 374	2 720 302	2 990 424	3 743 717

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Výše naplnění rezervního fondu je dlouhodobě udržována v hodnotě stanovené platnými právními předpisy (viz obrázek 3.3). V letech 2013 až 2015 byl stav dokonce o 1-2 tis. Kč vyšší než předepsaná hodnota. Předepsané výše nebylo dosaženo pouze v roce 2016, avšak k doplnění fondu došlo v prvním kvartálu roku 2017. Na konci roku 2017 byl rezervní fond 100% naplněn.

Obr. 3.3 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Příjmy provozního fondu jsou tvořeny zejména (průměrně z 98,5 %) převody ze základního fondu zdravotního pojištění ve výši předpisu přidělu na provozní činnost. Výdaje na provozní činnost dosahují průměrně 84,7 % z celkových výdajů provozního fondu. Druhou nejvyšší částku výdajů tvoří kromě roku 2017 přiděly do fondu reprodukce majetku. V roce

2017 tvoří druhou nejvýznamnější hodnotu přiděl do fondu prevence a třetí je přiděl do fondu reprodukce majetku. Celkově se výdaje zvýšily o 11,9 % (viz tab. 3.20).

Tab. 3.20 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	802 792	827 145	744 077	909 662	929 933
z toho přiděl ze ZFZP	791 827	816 196	729 449	894 097	919 471
Výdaje celkem	755 699	747 376	725 187	732 050	845 884
z toho na provozní činnost	657 702	614 564	636 321	634 498	673 437

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vývoj výdajů na preventivní programy z fondu prevence je každým rokem odlišný (viz tabulka 3.21). Nejvíce bylo vyplaceno v roce 2014, a to 210 mil. Kč, v tomto roce přitom pojišťovna evidovala nejvyšší záporní saldo příjmů a výdajů. Nejméně pak na preventivních programech zaplatila 102 mil. Kč v roce 2016, kdy se ekonomická situace výrazně zlepšila. V roce 2017, který byl pro pojišťovnu ekonomicky nejvíce příznivý, pojišťovna zaplatila 150 mil. Kč.

Tab. 3.21 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	207 398	210 283	123 535	102 422	150 805

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Ve sledovaném období převyšují celkové pohledávky celkové závazky, a to průměrně o 1 354 mil. Kč (viz tabulka 3.22). Pohledávky i závazky se každoročně zvyšují. Rostou také pohledávky po splatnosti, které dosahují podílu 48 % - 50 %. Po celé sledované období 2013 až 2017 nebyly registrovány závazky po splatnosti vůči jiným subjektům.

Tab. 3.22 Stav závazků a pohledávek k 31.12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	2 620 402	3 558 504	3 122 615	3 358 023	3 428 274
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	3 856 061	4 488 383	4 628 729	4 853 068	5 036 533
z toho po splatnosti	1 909 828	2 192 434	2 316 019	2 379 374	2 419 944

Zdroj: Výroční zprávy ČPZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

3.4 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

U Oborové zdravotní pojišťovny dochází k dlouhodobému růstu průměrného počtu pojištěnců (viz tabulka 3.23). Průměrně se počet pojištěnců za sledované období zvýšil o 24 619 pojištěnců. Meziroční pokles byl zaznamenán pouze v roce 2016, a to o 9 772 pojištěnců. Největší podíl státních pojištěnců činil 58,1 % v roce 2014, v dalších letech se podíl snižoval a v roce 2017 dosáhl výše 56,3 %. Počet smluvních poskytovatelů má rostoucí tendenci a za sledované období se zvýšil o 152 poskytovatelů.

Tab. 3.23 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	704 718	728 722	737 563	727 791	729 337
z toho státem hrazení	406 465	423 369	426 416	415 986	410 887
Počet smluvních poskytovatelů	25 992	26 117	26 160	26 423	26 469
z toho ambulantní poskytovatelé	22 449	22 427	22 269	22 564	22 601

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vybrané pojistné po přerozdělování tvoří průměrně 99,6 % (viz tabulka 3.24). Výsledek přerozdělování byl ve všech sledovaných letech záporný, a tak příjmy základního fondu byly nižší než vybrané pojistné. Celkové příjmy každoročně rostou a za sledované období 2013 až 2017 se zvýšily o 4 502 mil. Kč, což činí 33,3 %. Zvyšující se výdaje sloužily především na úhradu zdravotních služeb (z 96,1 %). Celkově došlo ke zvýšení o 3 574 mil. Kč, tedy o 26,8 %.

Tab. 3.24 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	13 536 758	14 780 221	15 538 309	16 251 220	18 038 677
z toho vybrané pojistné po přerozděl.	13 486 761	14 722 274	15 474 883	16 180 872	17 947 005
Výdaje celkem	13 527 557	14 612 692	15 468 868	16 056 492	17 100 940
z toho na zdravotní služby	12 968 967	14 020 229	14 934 953	15 444 706	16 441 819

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

V celém období celkové příjmy základního fondu zdravotního pojištění převyšovaly výdaje tohoto fondu a zajišťovaly tak zvyšující se konečný stav na účtu základního fondu zdravotního pojištění (viz tabulka 3.25). Výrazného navýšení pojišťovna dosáhla v roce 2017, kdy kladné saldo činilo 937 mil. Kč a konečný stav se tak zvýšil téměř na dvojnásobek.

Tab. 3.25 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	512 398	521 599	689 128	758 569	953 297
Saldo	9 201	167 529	69 441	194 728	937 737
Konečný stav	521 599	689 128	758 569	953 297	1 891 034

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Saldo celkových příjmů a výdajů bylo taktéž po celou dobu kladné (viz tabulka 3.26). Nejvyššího kladného salda bylo zaznamenáno v roce 2017 a celkový stav na účtech a v pokladnách se tak meziročně zvýšil o 50,7 %. Kladných sald bylo dosaženo s výjimkou také z ostatní zdaňované činnosti, do kterých se řazen pronájem nemovitostí, dále zde patří úroky a inzerce v časopise Bonus a zprostředkování připojištění pro Vitalitas pojišťovnu, a.s., která je dceřinou společností zdravotní pojišťovny OZP.

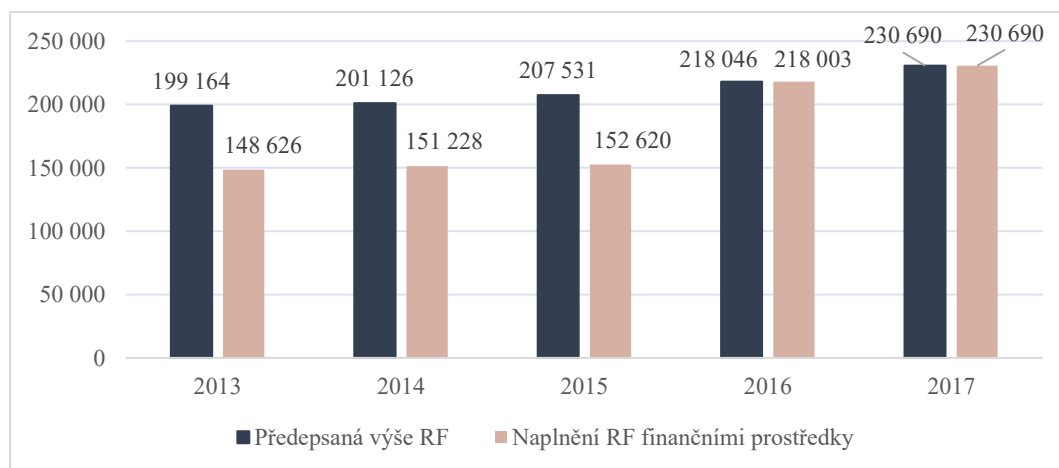
Tab. 3.26 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	167 156	350 924	170 120	382 263	1 162 178
z toho saldo zdaňované čin.	1 287	149	1 719	-21 226	3 716
Konečný stav fin. prostředků	1 390 246	1 741 170	1 911 290	2 293 553	3 455 731

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Rezervní fond byl v prvních třech letech naplněn v rozmezí 73 % - 75 %. Na konci roku 2016 již došlo k naplnění do 99,8 % předepsané výše a v roce 2017 byla registrována hodnota finančních prostředků v plné předepsané výši (viz obrázek 3.4).

Obr. 3.4 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vývoj příjmů a výdajů provozního fondu je dokumentován v tabulce č. 3.27. Příděl ze ZFZP do provozního fondu byl v roce 2013 o 44,6 mil. Kč vyšší než předpis z důvodu dorovnání finančních prostředků do předepsaného přídělu z roku 2012 a tvořil 66,6 % celkových příjmů. Dále byly příjmy tvořeny prodejem cenných papírů ve výši 117,8 mil. Kč a dalším mimořádným externím případem v hodnotě 119,4 mil. Kč. V následujících letech 2014-2017 činil podíl průměrně 84 % a druhou největší skupinou příjmů byly právě příjmy z prodeje cenných papírů. Výdaje v roce 2013 byly tvořeny z 64,1 % výdaji na provoz, z 27,3 % nákupem cenných papírů v hodnotě 160,9 mil. Kč. V roce 2014 činil podíl výdajů na provozní činnost 78,6 % a v roce 2015 74,6 %, druhou nejvyšší částku tvořil v obou případech nákup cenných papírů. V letech 2016 již byl podíl evidován ve výši 93,3 %, v roce 2017 92,3 % a ostatní výdaje byly tvořeny přiděly do jiných fondů.

Tab. 3.27 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	757 619	628 981	650 744	553 540	650 376
z toho příděl ze ZFZP	504 608	548 364	474 160	497 773	551 603
Výdaje celkem	590 305	502 062	564 366	427 483	463 305
z toho na provozní činnost	378 566	394 871	420 856	399 058	427 705

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

OZP na preventivní programy vyplatila nejméně v roce 2014, a to 59,8 mil. Kč. Od roku 2015 se výdaje každoročně zvyšují a nejvíce bylo vyplaceno 83,8 mil. Kč v roce 2017, což je o 24 mil. Kč více, než v roce 2014 (viz tabulka 3.28).

Tab. 3.28 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	77 879	59 834	72 693	79 000	83 850

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Ani OZP neregistrovala za sledované období žádné závazky po splatnosti (viz tabulka 3.29). Pohledávky po splatnosti mají mírně rostoucí tendenci a průměrně rostou meziročně o 2,5 %. Meziroční pokles byl zaznamenán pouze v roce 2016 o 0,6 %. Pohledávky po splatnosti tvoří průměrně 47,1 % z celkových pohledávek.

Tab. 3.29 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	1 895 885	2 031 152	2 086 259	2 316 983	2 286 069
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	3 081 186	3 091 857	3 138 732	3 147 357	3 425 358
z toho po splatnosti	1 448 149	1 456 864	1 496 727	1 487 181	1 597 059

Zdroj: Výroční zprávy OZP 2013-2017. Vlastní zpracování.

3.5 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda je nejmenší zdravotní pojišťovnou v České republice a od toho se odvíjí také průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů (viz tabulka 3.30). Průměrný počet pojištěnců se každoročně zvyšuje průměrně o 1 292 pojištěnců. Celkem za sledované období získala zdravotní pojišťovna 5 168 pojištěnců. Rostoucí tendenci má také počet smluvních poskytovatelů. Za 5 let ZPŠ rozšířila jsou síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče o 1 706.

Tab. 3.30 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	137 673	139 319	139 386	141 690	142 841
z toho státem hrazení	79 734	80 227	79 318	79 399	79 385
Počet smluvních poskytovatelů	5 511	5 777	6 552	6 911	7 217
z toho ambulantní poskytovatelé	4 014	4 228	4 440	4 686	4 896

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Rostoucí průběh příjmů i výdajů základního fondu zdravotního pojištění je popsán v tabulce 3.31. Z celkových příjmů tvoří vybrané pojistné po přerozdělení průměrně 99,5 %. Celkový nárůst příjmů za sledované období dosahuje částky 923 002 tis. Kč a oproti roku 2013 došlo ke zvýšení o 31,5 %. Celkové výdaje se pak zvýšily o 24,8 %, tedy rostly pomaleji než příjmy.

Tab. 3.31 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	2 929 760	3 105 758	3 252 941	3 440 520	3 852 762
z toho vybrané pojistné po přerozděl.	2 918 610	3 090 808	3 234 646	3 422 573	3 837 625
Výdaje celkem	2 940 655	3 082 422	3 282 905	3 508 298	3 672 472
z toho na zdravotní služby	2 825 354	2 963 297	3 171 062	3 385 034	3 536 955

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Ve třech sledovaných letech 2013, 2015 a 2016 výdaje převyšovaly příjmy, což se projevilo záporným saldem příjmů a výdajů a snížením konečného stavu na účtu ZFZP. Za celé období se konečný stav základního fondu zvýšil o 106 mil. Kč (viz tabulka 3.32).

Tab. 3.32 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	320 024	309 129	332 465	302 501	234 723
Saldo	-10 895	23 336	-29 964	-67 778	180 290
Konečný stav	309 129	332 465	302 501	234 723	415 013

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Největší záporný rozdíl mezi příjmy a výdaji na ZFZP i celkově eviduje zdravotní pojišťovna v roce 2016. Výsledek byl ovlivněn především vyššími výdaji na zdravotní péči, než bylo plánováno pro tento rok a nižšími příjmy z vybraného pojistného po přerozdělování, než bylo očekáváno. Kromě tohoto roku jsou salda celkových příjmů a výdajů v jednotlivých letech kladná. Celkový přírůstek na bankovních účtech a v pokladnách činí za sledované období 174 mil. Kč (viz tabulka 3.33). Do zdaňované činnosti je zařazen pronájem volných prostor, dále zde patří zprostředkování cestovního pojištění pro Vitalitas pojišťovnu, a.s., jež je dceřinou společností Oborové zdravotní pojišťovny.

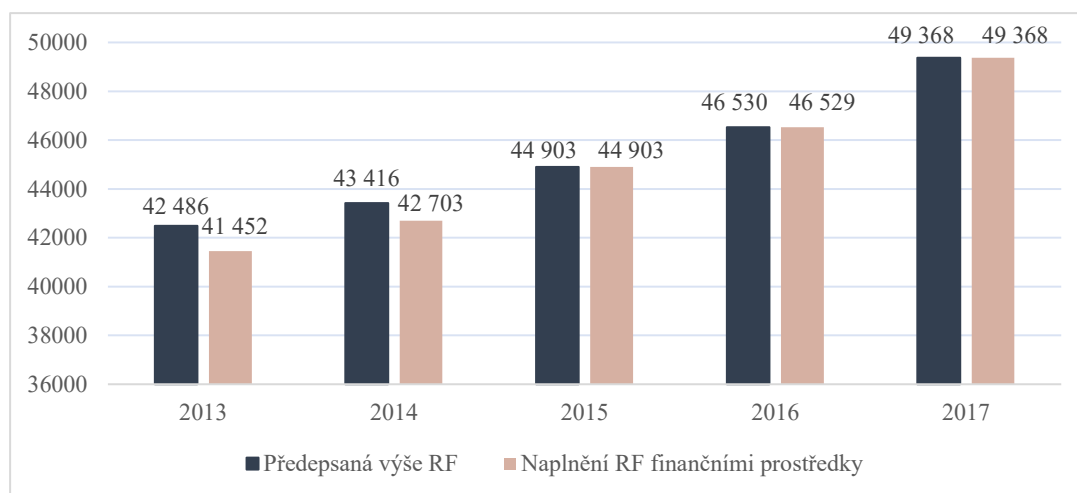
Tab. 3.33 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	69 505	10 622	23 854	-60 703	200 395
z toho saldo zdaňované čin.	-29	108	260	-125	-28
Konečný stav fin. prostředků	524 725	535 347	559 201	498 498	698 893

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Jak je graficky znázorněno v obrázku 3.5, rezervní fond zdravotní pojišťovny byl ve výši 100 % naplněn v letech 2015 a 2017. V roce 2013 byl naplněn ve výši 97,6 % a v roce 2014 ve výši 98,4 %. V roce 2016 do zákonné výše scházel převod pouze v hodnotě 1 tis. Kč.

Obr. 3.5 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Příděl ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu byl po celý sledovaný časový úsek stabilní v průměrné výši 98,3 %. Ostatní příjmy jsou tržby z prodeje majetku či úroky z běžného účtu. V letech 2013-2016 byl stabilní i podíl na provozní činnost z celkových výdajů v průměrné hodnotě 91,2 %. V roce 2017 podíl klesl na 85,1 %. Další výdaje tvoří převážně příděly do fondu prevence či fondu reprodukce majetku. Celkové výdaje provozního fondu se zvýšily na sledované období o 20,1 % (viz tab. 3.34).

Tab. 3.34 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	100 541	108 709	102 430	108 414	119 929
z toho příděl ze ZFZP	98 806	105 987	100 725	106 784	118 495
Výdaje celkem	91 172	89 756	92 149	96 428	109 465
z toho na provozní činnost	82 257	82 314	83 887	88 570	93 087

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Výdaje na preventivní programy byly ve všech letech nižší, než jak byly stanoveny ve zdravotně pojistných plánech. Nejméně poskytla pojišťovna na preventivní programy v roce 2013, poté do roku 2015 docházelo k meziročnímu nárůstu. V letech 2016 a 2017 docházelo ke snížení této částky z důvodu snížení finančních příspěvků při zachování rozsahu preventivních aktivit (viz tabulka 3.35). Největší zájem pojištěnců je o podporu cílených aktivit z oblasti zdravého životního stylu.

Tab. 3.35 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	16 972	23 452	27 430	26 086	22 623

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

Ve sledovaném období jsou pohledávky pojišťovny vždy vyšší než celkové závazky (viz tabulka 3.36). Závazky za sledované období vzrostly o 27,7 % a pohledávky o 16,3 %. Podíl pohledávek po splatnosti vůči celkovým činí 32 % a tento podíl má klesající tendenci. Zatímco v roce 2013 tvořil 36,3 %, v roce 2017 to bylo 28,7 %.

Tab. 3.36 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	287 958	335 542	369 312	335 780	367 751
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	480 246	441 532	496 145	555 465	558 767
z toho po splatnosti	174 095	163 094	147 610	157 524	160 556

Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ 2013-2017. Vlastní zpracování.

3.6 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Dle průměrného počtu pojištěnců je Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR největší zaměstnaneckou pojišťovnou. Pojišťovně se dařilo získat každoročně průměrně 24 329 nových pojištěnců a celkově se stav pojištěnců zvýšil o 97 315 (viz tabulka 3.37). Průměrný podíl státních pojištěnců činí 54,9 % a mírně se meziročně snižuje. Vývoj počtu smluvních zařízení se kolísavý a za pět let došlo ke snížení o 308 poskytovatelů zdravotních služeb.

Tab. 3.37 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	1 205 627	1 239 890	1 260 834	1 288 409	1 302 942
z toho státem hrazení	668 340	685 844	690 246	702 130	709 085
Počet smluvních poskytovatelů	26 146	25 825	26 089	25 919	25 838
z toho ambulantní poskytovatelé	22 493	22 408	22 401	22 301	22 251

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

Příjmy i výdaje základního fondu jsou jako u všech ostatních zdravotních pojišťoven taktéž každoročně rostoucí (viz tabulka 3.38). Příjmy za sledované období vzrostly o 9 339 mil. Kč (38,9 %) a výdaje o 7 327 mil. Kč (29,9 %), příjmy tedy rostou rychleji. Pojistné po přerozdělování tvoří průměrně 99,2 % celkových příjmů a výdaje na zdravotní služby činí 96,6 %.

Tab. 3.38 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	24 013 894	26 225 743	27 844 566	29 890 804	33 353 181
z toho vybrané pojistné po přerozděl.	23 807 197	26 027 363	27 609 860	29 659 222	33 117 717
Výdaje celkem	24 481 705	26 705 526	28 397 200	30 241 950	31 808 849
z toho na zdravotní služby	23 474 871	25 868 443	27 370 343	29 201 024	30 935 170

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

V letech 2013 až 2016 byla hodnota výdajů vyšší nebo hodnota příjmů základního fondu, a tedy salda příjmů a výdajů byla záporná (viz tabulka 3.39). Hospodaření pojišťovny lze i přes záporná salda hodnotit jako vyrovnané díky naspořeným finančním prostředkům z minulých let. Výrazně nejlepšího výsledku dosáhla ZPMV v roce 2017, ve kterém již příjmy byly o 1 544 mil. Kč vyšší než výdaje a pojišťovně se podařilo konečný stav základního fondu zvýšit na 2 260 mil. Kč.

Tab. 3.39 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	2 567 957	2 100 146	1 620 363	1 067 729	716 583
Saldo	-467 811	-479 783	-552 634	-351 146	1 544 332
Konečný stav	2 100 146	1 620 363	1 067 729	716 583	2 260 915

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

Průběh celkového salda příjmů a výdajů pojišťovny je z velké míry ovlivněn vývojem základního fondu (viz tabulka 3.40). V letech 2013 až 2016 jsou salda záporná a v roce 2017 je evidováno saldo kladné ve výši 1 566 mil. Kč. Hospodaření příznivě ovlivňovalo ve sledovaném období také saldo zdaňované činnosti, i když v malé míře. Příjmy zdaňované činnosti tvoří provize ze zprostředkovaných pojistných smluv cestovního pojištění a dalších pojistných produktů pro komerční pojišťovny a příjmy z pronájmu nevyužitých prostor. Celkově se stav na bankovních účtech a v pokladnách zdravotní pojišťovny zvýšil o 620 mil. Kč.

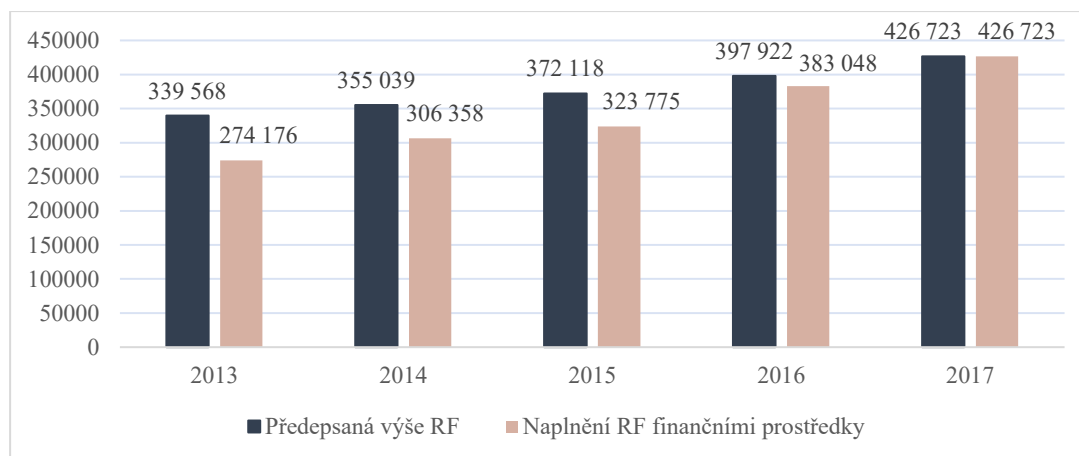
Tab. 3.40 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	-167 475	-373 655	-430 864	-142 298	1 566 776
z toho saldo zdaňované čin.	1 191	1 584	742	3 906	2 388
Konečný stav fin. prostředků	4 282 094	3 908 439	3 477 575	3 335 277	4 902 053

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

Rezervní fond zdravotní pojišťovny byl v plné předepsané výši naplněn pouze ke konci roku 2017. V letech 2013 až 2015 je míra naplnění pohybovala v rozmezí 80 % - 86 %. V roce 2016 již došlo ke zlepšení a naplnění fondu do 96 % předepsané hodnoty (viz obrázek 3.6).

Obr. 3.6 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

V roce 2013 je příjem provozního fondu kromě klasického přidělu ze ZFZP (70,4 %) tvořen příjmem ze směnek v hodnotě 200 mil. Kč a prodejem dalších cenných papírů v hodnotě 79,8 mil. Kč (viz tab. 3.41). V letech 2014-2016 činí podíl ze základního fondu průměrně 92,5 % a příjmy jsou významněji ovlivněny v roce 2014 prodejem majetku a v letech 2015 a 2016 prodejem cenných papírů. V roce 2017 se podíl snížil na 85 % kvůli převodu mezi fondy v hodnotě 104,7 mil. Kč. Výdaje jsou v roce 2013 převážně tvořeny z 60,7 % výdaji na provozní činnost a z 20,8 % nákupem směnek. V roce 2014 bylo na provozní činnost využito 81,9 % výdajů, v roce 2015-2017 pak průměrně 92 %. Druhým významným výdajem byl v těchto letech přiděl do fondu reprodukce majetku. Celkové výdaje jsou v roce 2017 nižší o 174 mil. Kč oproti roku 2013, avšak výdaje na provozní činnost se zvýšily o 23,1 %.

Tab. 3.41 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	1 124 478	711 206	843 078	913 619	705 795
z toho přiděl ze ZFZP	792 000	660 400	810 000	810 000	600 000
Výdaje celkem	962 464	723 905	748 624	805 602	788 156
z toho na provozní činnost	584 194	592 990	690 644	745 001	718 887

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

ZPMV poskytuje dva programy prevence, a to pro pojištěnce a pro specifické skupiny pojištěnců ohrožených vykonáváním práce. Největší zájem ze strany pojištěnců je o příspěvky

zejména na očkování, ZPMV klade také velký důraz na preventivní onkologické prohlídky, které aktivně pojištěncům nabízí. Nejvíce finančních prostředků uvolnila pojišťovna v roce 2015, a to téměř 121 mil. Kč (viz tabulka 3.42). Do tohoto roku měly výdaje rostoucí tendenci, poté došlo k jejich snížení.

Tab. 3.42 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	96 608	107 615	120 805	113 738	115 316

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

Závazky za sledované období rostou rychleji než celkové pohledávky. U závazků došlo ke zvýšení o téměř 927 mil. Kč (to činí nárůst 38,3 %) a u pohledávek o 948,6 mil. Kč (o 27,3 %) oproti roku 2013. Pohledávky po splatnosti mají rostoucí charakter a průměrně činí 37 % z celkových pohledávek. Závazky po splatnosti ZPMV neeviduje (viz tabulka 3.43).

Tab. 3.43 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	2 422 322	2 687 719	2 946 186	3 349 907	3 349 292
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	3 468 852	3 608 254	3 816 831	4 042 114	4 417 452
z toho po splatnosti	1 350 484	1 397 701	1 403 047	1 435 880	1 555 290

Zdroj: Výroční zprávy ZPMV 2013-2017. Vlastní zpracování.

3.7 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Revírní bratrská pokladna je druhou nejmenší zdravotní pojišťovnou na území ČR. Průměrný počet pojištěnců měl v letech 2013 až 2016 rostoucí tendenci, avšak meziroční růst zpomaloval (viz tabulka 3.44). V roce 2017 došlo k poklesu průměrného počtu pojištěnců o 1 410 občanů. Za celé období zdravotní pojišťovna zvýšila průměrný počet pojištěnců o 13 235. RBP má ze všech pojišťoven nejvyšší průměrný podíl státních pojištěnců, a to 59,4 %. S výjimkou roku 2015 počet smluvních poskytovatelů každoročně roste. Většina pojištěnců (75 %) je koncentrována v Moravskoslezském kraji. V roce 2015 došlo k meziročnímu poklesu 765 zařízení poskytujících zdravotní služby. Za celé pětileté období se počet zvýšil o 105 poskytovatelů.

Tab. 3.44 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet pojištěnců	418 148	428 627	430 920	432 793	431 383
z toho státem hrazení	252 279	258 366	254 884	254 498	251 286
Počet smluvních poskytovatelů	9 846	10 339	9 574	9 790	9 951
z toho ambulantní poskytovatelé	7 591	7 999	7 693	7 850	7 922

Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Vývoj příjmů a výdajů základního fondu zobrazuje tabulka 3.45. Příjmy i výdaje mají rostoucí tendenci. Zatímco u ostatních pojišťoven příjmy rostly rychleji než výdaje, u této RBP je tempo růstu téměř stejné a nijak výrazného zvýšení příjmů oproti výdajům není dosaženo ani v ekonomicky příznivém roku 2017. Příjmy ZFZP se zvýšily o 2 559 mil. Kč (33,2 %) a výdaje se zvýšily o 2 541 mil. Kč (32,5 %). Příjmy jsou tvořeny z 99,2 % vybraným pojistným po přerozdělování a výdaje z 96,1 % z výdajů na zdravotní služby.

Tab. 3.45 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje ZFZP	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	7 706 583	8 523 893	8 980 729	9 548 900	10 266 471
z toho vybrané pojistné po přerozděl.	7 612 547	8 453 169	8 909 880	9 486 356	10 214 398
Výdaje celkem	7 811 202	8 684 191	9 141 839	9 583 693	10 352 638
z toho na zdravotní služby	7 459 205	8 326 414	8 808 950	9 232 008	9 974 034

Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

U RBP je jako u jediné zdravotní pojišťovny evidováno záporné saldo příjmů a výdajů základního fondu ve všech sledovaných letech 2013 až 2017 (viz tabulka 3.46). Finanční stabilitu záporná salda neovlivnila díky naspořeným finančním prostředkům z minulých období, i přesto by bylo vhodnější, kdyby pojišťovna v době ekonomického růstu své rezervy nečerpala, ale naopak zvyšovala. Celkově se stav na účtu základního fondu snížil o 442 mil. Kč s průměrným meziročním poklesem 109 mil. Kč.

Tab. 3.46 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Počáteční stav	1 516 419	1 411 800	1 251 502	1 090 392	1 055 599
Saldo	-104 619	-160 298	-161 110	-34 793	-86 167
Konečný stav	1 411 800	1 251 502	1 090 392	1 055 599	969 432

Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Salda celkových příjmů a výdajů pojišťovny mají podobný vývoj jako salda základního fondu a jsou po celou dobu záporná. Kladná salda jsou zaznamenána u ostatní zdaňované činnosti, kterou RBP provozuje. Jde o pronájem prostor a vybavení, pronájem zařízení Odra na Ostravici a zprostředkování cestovního zdravotního pojištění pro Českou pojišťovnu, a.s. Celkový stav na účtech a v pokladnách pojišťovny se snížil o 379 mil. Kč (viz tabulka 3.47).

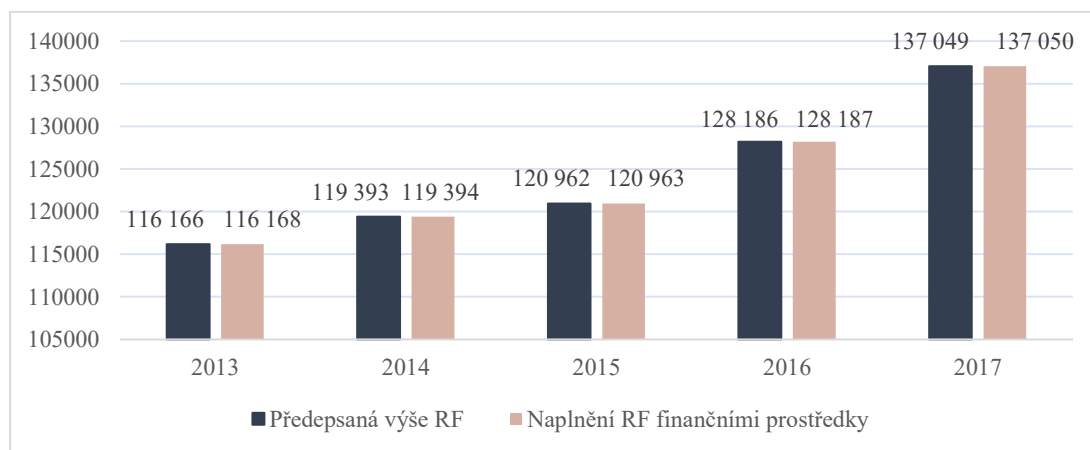
Tab. 3.47 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Saldo příjmů a výdajů	-103 201	-164 034	-150 739	-25 604	-38 599
z toho saldo zdaňované čin.	894	955	461	2 384	103
Konečný stav fin. prostředků	1 841 561	1 677 527	1 526 788	1 501 184	1 462 585

Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Jak již bylo zmíněno, RBP má i přes záporná salda příjmů a výdajů dostatečné rezervy na účtech. To platí i pro rezervní fond, který je po celou dobu 2013 až 2017 naplněn v předepsané výši, a dokonce v každém roce eviduje skutečný stav o 1-2 tis. Kč vyšší než zákonem stanovený (viz obrázek 3.7).

Obr. 3.7 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Jak je patrné z tabulky 3.48, příjem provozního fondu tvoří po celé sledované období převážně příděl ze základního fondu zdravotního pojištění (z 99,1 %). Celkové výdaje provozního fondu se za sledované období zvýšily o 17,2 %. V letech 2013-2015 činil podíl provozních výdajů na celkových 91,93 %. V letech 2016 a 2017 se průměrně snížil na 85,2 % kvůli zvýšeným přídělům do fondu reprodukce majetku a v roce 2017 i do fondu prevence.

Tab. 3.48 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Příjmy a výdaje provozního fondu	2013	2014	2015	2016	2017
Příjmy celkem	262 789	291 924	276 347	294 719	318 325
z toho přiděl ze ZFZP	260 132	289 302	274 929	292 622	314 389
Výdaje celkem	257 379	268 639	263 024	288 233	301 736
z toho na provozní činnost	237 634	246 708	240 989	245 443	257 363

Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

Z fondu prevence bylo vyplaceno nejvíce na rekondiční péči rizikových skupin (z nejrizikovějších pracovišť zapříčiňujících nemoci z povolání), dále na různá preventivní očkovaní a také na prevenci u dárců krve. Nejvíce bylo vyplaceno na preventivní programy v roce 2013 v hodnotě 92 mil. Kč, poté se výdaje každoročně snižují a nejméně finančních prostředků na prevenci poskytla pojišťovna v roce 2017 v dvojnásobně nižší hodnotě 45 mil. Kč (viz tabulka 3.49).

Tab. 3.49 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Výdaje na preventivní programy	92 679	76 705	49 996	45 487	45 425

Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

V letech 2013 až 2015 evidovala nižší závazky než pohledávky, avšak od roku 2016 je hodnota závazků vyšší (tabulka 3.50). Za celé období závazky vzrostly o 60,3 % (482 mil. Kč), zatímco pohledávky vzrostly jen o 20,7 % (217 mil. Kč). Podíl pohledávek po splatnosti činí průměrně 39,1 %, v roce 2017 se však snížil meziročně ze 42 % na 34,5 %.

Tab. 3.50 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

	2013	2014	2015	2016	2017
Závazky	800 502	926 240	1 041 923	1 220 588	1 282 854
z toho po splatnosti	-	-	-	-	-
Pohledávky	1 047 524	1 151 651	1 141 103	1 216 292	1 264 592
z toho po splatnosti	353 343	490 535	488 362	511 080	436 295

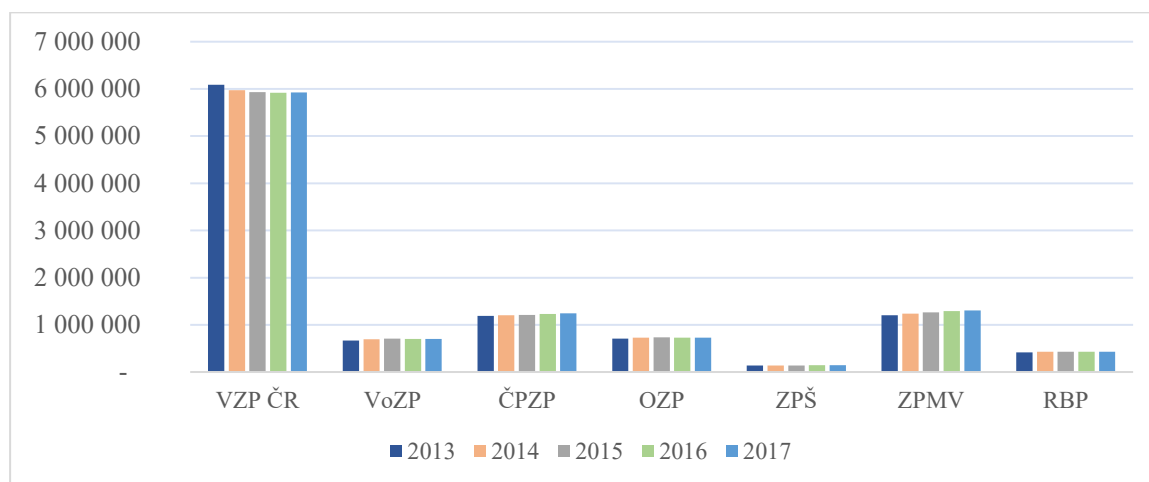
Zdroj: Výroční zprávy RBP 2013-2017. Vlastní zpracování.

4 Zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR

V této kapitole je provedeno zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR na základě vybraných ukazatelů formou komparativní analýzy. Zhodnocení vychází z výročních zpráv sedmi činných zdravotních pojišťoven za sledované období 2013–2017. Pro přepočty údajů na jednoho pojištěnce je použit průměrný počet zaměstnanců, nikoliv stav k 31. 12. daného roku.

Hlavní parametr, který nejvíce ovlivňuje výši příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven je počet pojištěnců. Každá pojišťovna má snahu o získání co největšího podílu na trhu veřejného zdravotního pojištění, a tedy získání co největšího počtu pojištěnců. Jedním z hlavních cílů zdravotních pojišťoven je stabilizace pojistného kmene, či v lepším případě jeho růst.

Obr. 4.1 Průměrný počet pojištěnců 2013-2017



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Vývoj průměrného počtu pojištěnců v letech 2013–2017 každé zdravotní pojišťovny je graficky zobrazen v obrázku 4.1. Z pohledu počtu pojištěnců je největší zdravotní pojišťovnou VZP ČR, jejíž podíl se pohybuje od 56,6 % - 58,5 %. Nejvyšší podíl měla v roce 2013 a poté každoročně klesá. V roce 2017 se, i přes mírný meziroční nárůst průměrného počtu pojištěnců, podíl snížil na 56,6 % a za sledovaných pět let se podíl snížil téměř o 2 %. Ostatní zaměstnanecké pojišťovny mají dohromady v součtu méně pojištěnců než VZP ČR, což jí zajišťuje dominantní postavení. Druhou největší pojišťovnou je z pohledu počtu pojištěnců ZPMV s podílem 11,6 % - 12,4 % a meziročním nárůstem v každém sledovaném roce. Velmi podobných hodnot a každoročního zvyšování počtu pojištěnců dosahuje třetí největší pojišťovna ČPZP s podílem pohybujícím se v rozmezí 11,4 % - 11,9 %. Na čtvrtém a pátém místě jsou pojišťovny s velmi podobným podílem, a to OZP s 6,8 % - 7 % a VoZP s 6,4 % až

6,8 %. Mezi nejmenší pojišťovny patří RBP se stabilním podílem 4,1 % a ZPŠ, která dosahuje podílu pouze 1,3 % – 1,4 %.

Dalším ukazatelem zpracovaným v tabulce 4.1 je průměrný počet pojištěnců na zaměstnance průměrně za 5 sledovaných let. Čím méně pojištěnců připadá na jednoho zaměstnance, tím větší má tento zaměstnanec možnost věnovat se klientům. Nejlépe dopadla VZP ČR s průměrnou hodnotou 1 679 pojištěnců na zaměstnance, což je dáno i širokou sítí poboček po celé České republice. Hned za VZP ČR se umístily VoZP a ZPŠ. Naopak nejhorší hodnoty vykazuje ZPMV s průměrně 2 144 pojištěnci na zaměstnance.

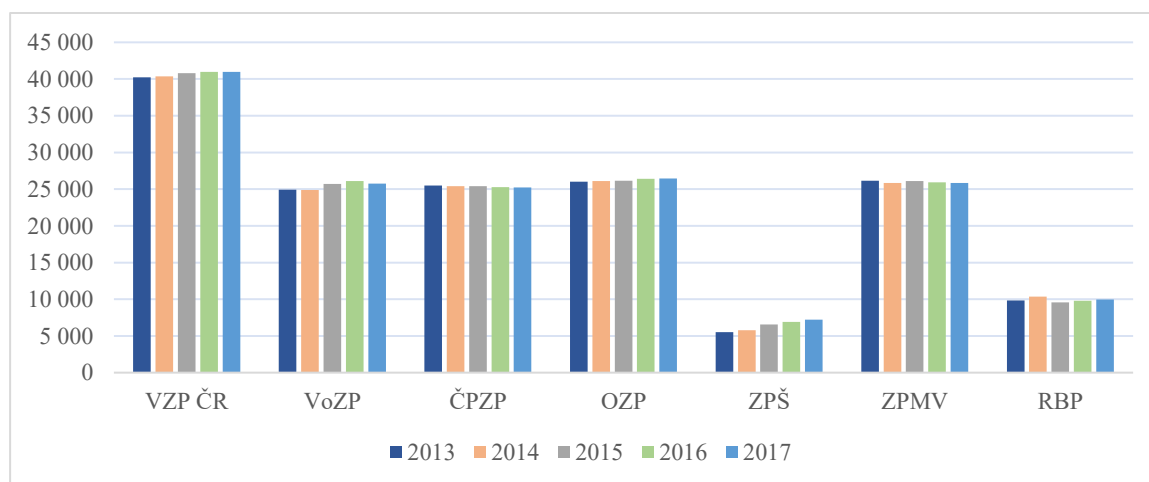
Tab. 4.1 Průměrný počet pojištěnců na zaměstnance

	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Počet poj./ zam.	1 679	1 744	1 922	1 923	1 785	2 144	1 969

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Zdravotní pojišťovny mají dle Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. povinnost zajistit pro své pojištěnce místní a časovou dostupnost zdravotní péče. Místní dostupnost určuje, v jakém dojezdovém čase mají být jednotlivé druhy péče pojištěnci k dispozici (např. praktický lékař či zubař do 35 minut od bydliště, kardiochirurgie a neurochirurgie maximálně dvě hodiny). Dostupnost zdravotních služeb pojišťovny zajišťují prostřednictvím sítě smluvních poskytovatelů. Vývoj jejich počtu dokládá obrázek 4.2.

Obr. 4.2 Počet smluvních poskytovatelů 2013-2017



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Největší sítě smluvních poskytovatelů zdravotní péče disponuje VZP ČR. Smlouvu má s průměrně 40 656 zdravotnickými zařízeními a lékaři po celé České republice. Velmi podobně na tom jsou pojišťovny OZP, ZPMV, VoZP a ČPZP, u kterých se počet smluvních

poskytovatelů pohybuje kolem 25 000 až téměř 26 500. Podstatně méně poskytovatelů (necelých 10 000) eviduje RBP, což je dáno tím, že se jedná o regionální zdravotní pojišťovnu a smluvní síť tedy buduje převážně v oblastech severní a střední Moravy, Slezska a Hodonínska. Nejmenší počet poskytovatelů má pak nejmenší zdravotní pojišťovna, a to je ZPŠ s průměrně 6 394 poskytovateli zdravotních služeb.

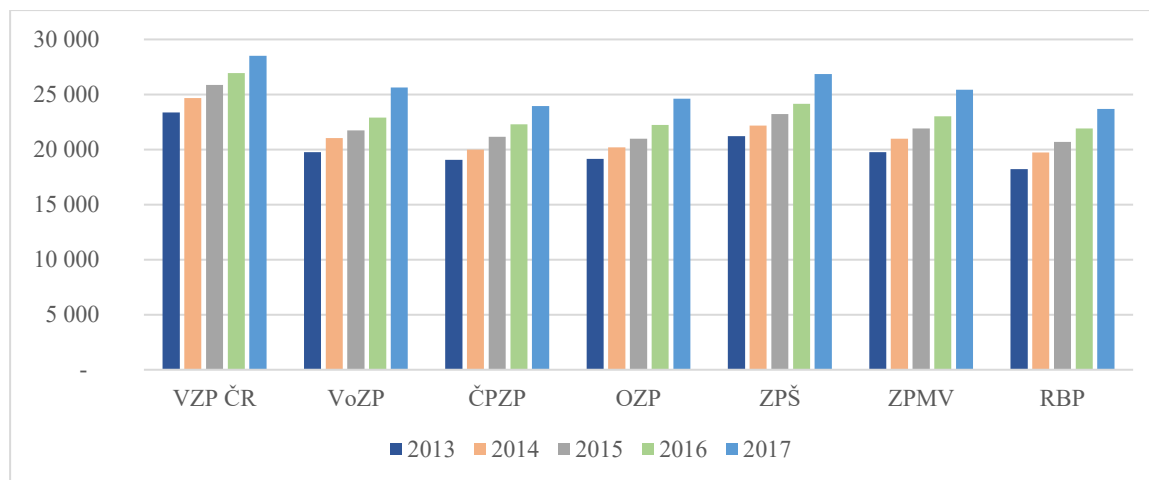
Při posuzování toho, jaký komfort mohou zdravotní pojišťovny nabídnout, jsou kromě průměrného počtu pojištěnců na zaměstnance a sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, důležité také další okolnosti, jako možnost využít při vyřizování záležitostí internetové stránky, portály zdravotních pojišťoven, aplikace na mobilní telefony či infolinky bez nutnosti navštívit pobočku.

Jak již bylo rozebráno v kapitole 2.2.5, zdravotní pojišťovny pro jednotlivé oblasti své činnosti vytváření a spravují fondy, z nichž nejdůležitější je základní fond zdravotního pojištění, který slouží k hlavnímu účelu existence zdravotních pojišťoven, a to k úhradám zdravotní péče poskytovatelům. Hlavním příjmem ZFZP je vybrané pojistné od plátců veřejného zdravotního pojištění a peněžní prostředky plynoucí z výsledku přerozdělování a hlavním výdajem jsou úhrady za poskytnuté zdravotní služby zdravotnickým zařízením. Proto jsou v následující části tyto příjmy, výdaje a jejich saldo zhodnoceny. Pro účely srovnání těchto údajů mezi zdravotními pojišťovnami byly hodnoty přepočteny na jednoho pojištěnce. Nutno podotknout, že v případě Vojenské zdravotní pojišťovny ČR jsou k těmto příjmům a výdajům připočteny příjmy a výdaje fondu pro zprostředkování úhrady zdravotní péče, protože výdaje tohoto fondu taktéž slouží k úhradě zdravotních služeb.

Příjmy z pojistného po přerozdělení na jednoho pojištěnce je dokumentován v obrázku 4.3. U všech zdravotních pojišťoven dochází ke každoročnímu zvýšení příjmu na pojištěnce, což je zapříčiněno především každoročním růstem HDP, růstem objemu mezd a platů a snižováním nezaměstnanosti, tedy celkově pozitivním trendem vývoje české ekonomiky v letech 2013-2017. Největšího meziročního nárůstu příjmů na pojištěnce, průměrně o více než 9 %, bylo dosaženo v roce 2017. V předcházejících letech průměrně docházelo k nárůstu 4,5 % - 6 %. Nejvíce si za sledované období polepšila RBP s průměrným ročním nárůstem o 6,8 %, avšak v absolutní hodnotě dosahuje pojišťovna nejnižšího průměrného příjmu na pojištěnce ve výši pouhých 20 840 Kč. Vyšší hodnoty, než 6,5 % dosáhly VoZP, ZPMV a OZP. Nejnižšího průměrného nárůstu příjmu na pojištěnce sice dosáhla VZP ČR s hodnotou 5,1 %, ale v absolutním vyjádření obsazuje první místo s průměrně 25 869 Kč na pojištěnce a RBP tak

předhání o více než 5 000 Kč/pojištěnce. Druhou nejvyšší průměrnou hodnotou na pojištěnce disponuje ZPŠ s 23 523 Kč. Ostatním pojišťovnám připadá příjem v rozmezí 21–22 tis. Kč.

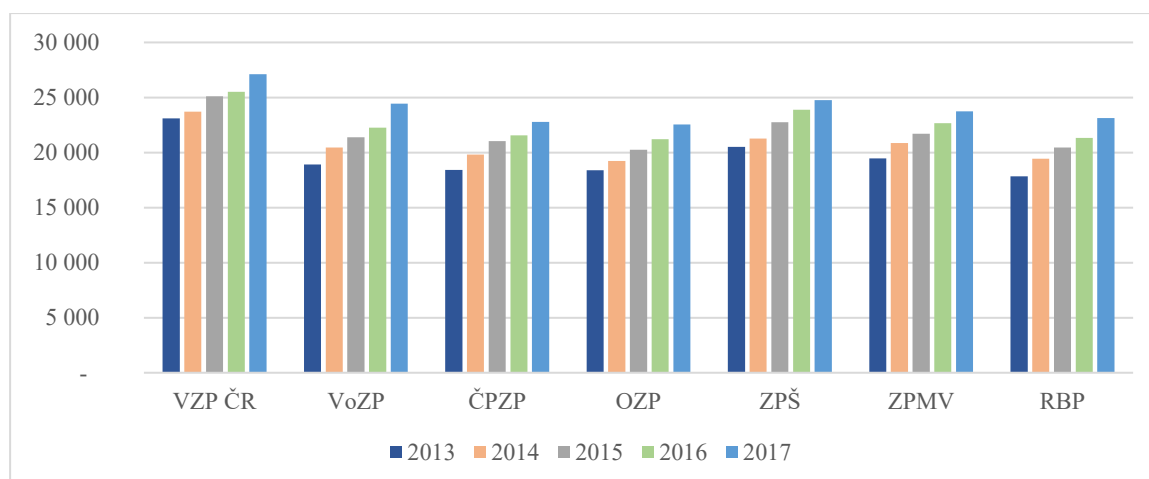
Obr. 4.3 Příjmy z pojistného po přerozdělování ZFZP na pojištěnce v letech 2013-2017 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Zatímco příjmy z pojistného po přerozdělování na pojištěnce rostly průměrně meziročně o 6,25 %, výdaje za zdravotní služby na pojištěnce rostly o něco pomaleji, meziročně průměrně o 5,43 %. Vývoj výdajů za zdravotní služby ze ZFZP na pojištěnce je zobrazen v následujícím obrázku 4.4. Nejvyšší výdaje na pojištěnce má VZP ČR, a to průměrně 24 907 Kč. Tyto výdaje však rostou VZP ČR nejpomaleji, průměrně meziročně o 4,1 %. Naopak nejnižších hodnot dosahují OZP s 20 331 Kč a RBP s 20 432 Kč. U RBP je zaznamenán nejrychlejší růst výdajů, průměrně meziročně o 6,7 %.

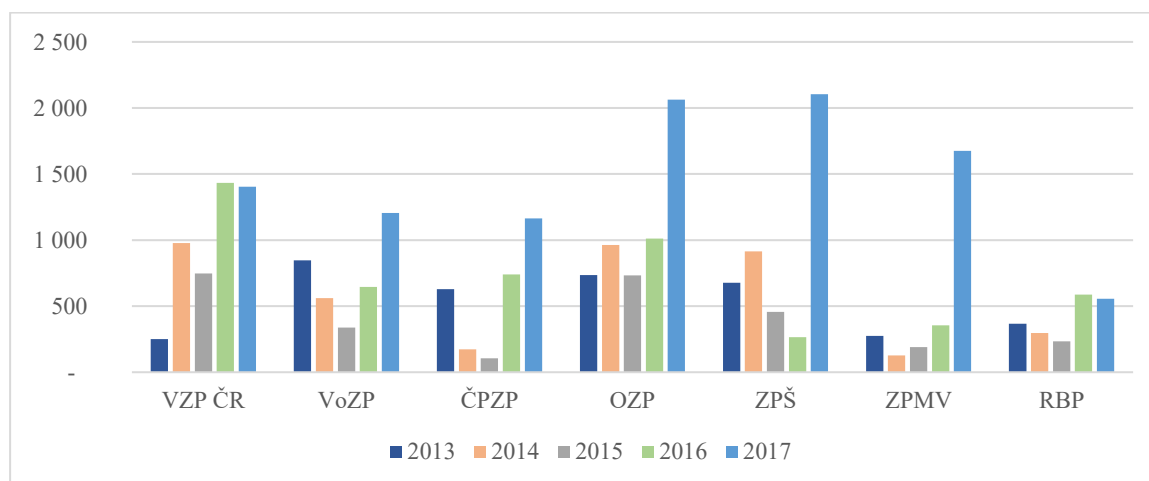
Obr. 4.4 Výdaje za zdravotní služby ze ZFZP na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Z porovnání výše zhodnocených údajů vyplývá, že příjmy z pojistného po přerozdělení na pojištěnce převyšují výdaje za zdravotní služby na pojištěnce a v letech 2013-2017 tak vznikají kladná salda těchto příjmů a výdajů v případě všech zdravotních pojišťoven (viz obr. 4.5). Nejvyšší průměrné hodnoty kladného salda na pojištěnce (1 101 Kč) dosáhla OZP, a to především díky roku 2017, kdy bylo dosaženo kladného salda ve výši 2 064 Kč na pojištěnce. To je oproti roku 2016 více než dvojnásobek. Druhé nejvyšší hodnoty (962 Kč) dosahuje VZP ČR především díky zvýšení kladného salda v letech 2016 a 2017. Výrazného meziročního zlepšení dosáhly v roce 2017 také ZPŠ (téměř osmkrát vyšší hodnota salda) a ZPMV (téměř pětinašobně vyšší hodnota). Nejnížší průměrná hodnota salda je evidována u RBP, a to ve výši 408 Kč.

Obr. 4.5 Saldo příjmů z pojistného po přerozdělování a výdajů za zdravotní služby na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Dalším zhodnocujícím ukazatelem je kumulovaný rozdíl celkových příjmů a výdajů ZFZP za pět po sobě jdoucích let (viz tab. 4.2). Ukazatel vypovídá o tom, jak dokáží pojišťovny dlouhodoběji hospodařit na ZFZP a jak jsou finančně stabilní v rámci pětiletého období. Pro eliminaci dominance jednotlivých pojišťoven na trhu je ukazatel opět přepočítán na jednoho pojištěnce. Nejlépe dopadla OZP s kladným kumulovaným saldem 1 900 Kč na pojištěnce. Na druhém místě se umístila VZP ČR s více než dvojnásobně nižším kladným saldem 837 Kč na pojištěnce a na třetím VoZP. Nejhuře se umístila RBP se záporným saldem -1 277 Kč. Záporných hodnot dosahují také ČPZP a ZPMV.

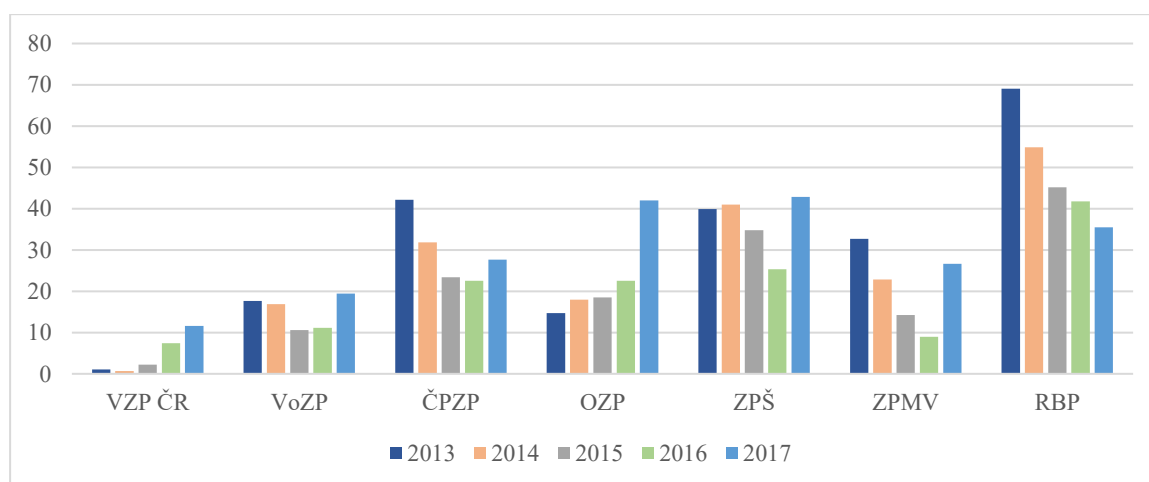
Tab. 4.2 Kumulované saldo příjmů a výdajů ZFZP (v tis. Kč) a na pojištění (v Kč)

	VZP ČR	VoZP	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV	RBP
Kum. saldo ZFZP	4 994 885	520 556	-386 440	1 378 636	94 989	-307 042	-546 987
na pojištění	837	750	-318	1 900	678	-244	-1 277

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Posledním ukazatelem hodnotícím ZFZP je finanční zásoba na bankovním účtu základního fondu vyjádřený v počtu dní výdajů na úhrady za zdravotní služby poskytovatelům (viz obr. 4.6). Největší finanční zásobu na ZFZP, ze které by bylo možné hradit průměrně 49 dní zdravotní služby, měla RBP, a to i přes každoroční snížení finanční zásoby. Druhou největší finanční zásobu měla ZPŠ (37 dní) a třetí ČPZP (30 dní). Nejhuře v tomto ukazateli skončila VZP ČR s průměrnou hodnotou 5 dní. V roce 2014 by dokonce finanční zásoba nepokryla ani jeden den.

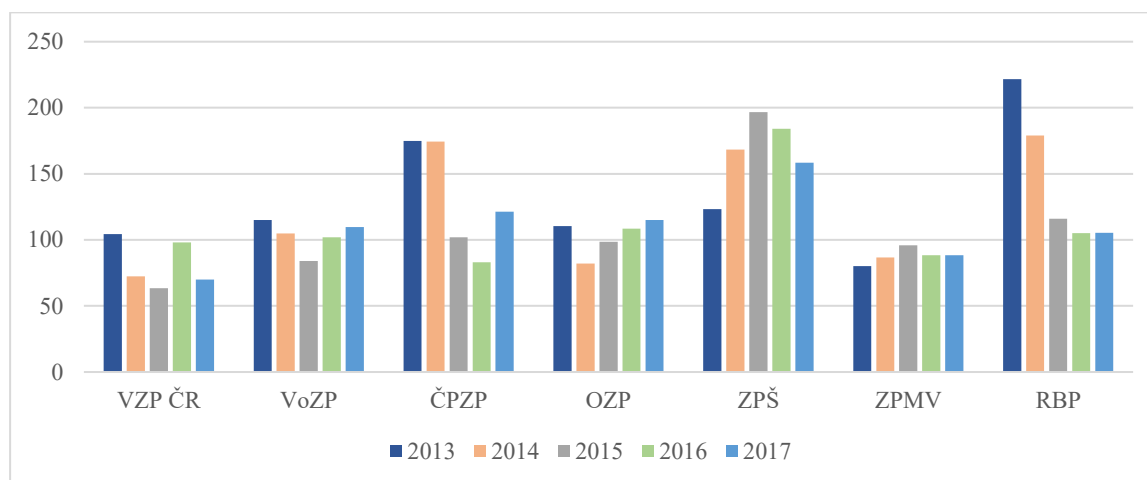
Obr. 4.6 Finanční zásoba na BÚ ZFZP v počtu dní výdajů na péči 2013-2017



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Kromě ZFZP je z pohledu klienta zdravotní pojišťovny vhodné sledovat výši výdajů z fondu prevence, a to konkrétně výdaje na preventivní programy opět přepočtené na jednoho pojištěnce. Tento ukazatel má u každé zdravotní pojišťovny jiný vývoj (viz obr. 4.7). Za pětileté sledované období nejvíce na preventivní programy na pojištění vyplácela ZPŠ, a to průměrně 166 Kč na pojištěnce. RBP pak průměrně vyplácela 146 Kč na pojištěnce a ČPZP 131 Kč. Nejnižší hodnotu evidujeme u VZP ČR, a to 82 Kč na pojištěnce. Jen o 6 Kč více na pojištění je evidováno u ZPMV. V případě Vojenské zdravotní pojišťovny jsou v těchto výdajích připočteny i výdaje na preventivní péči z fondu pro úhradu preventivní péče, protože slouží ke stejnému účelu.

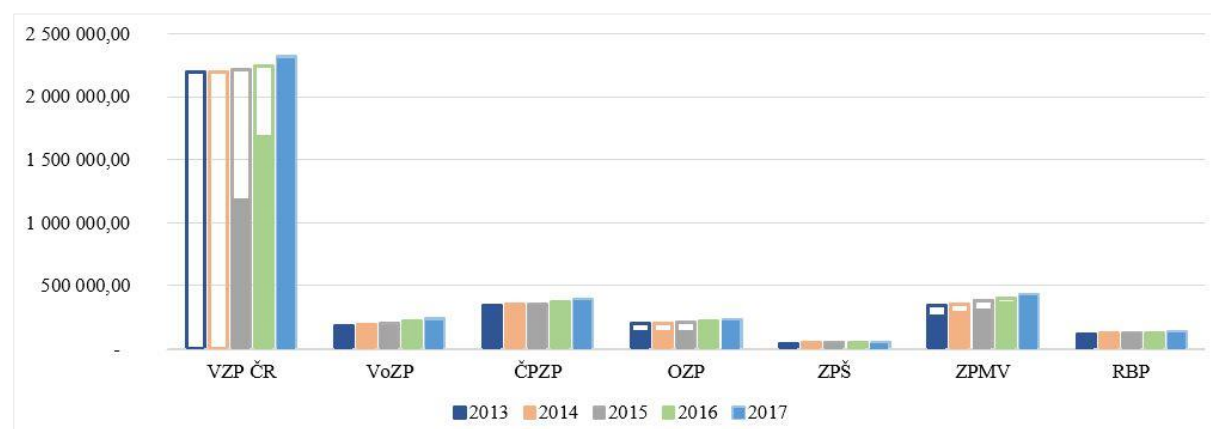
Obr. 4.7 Výdaje na preventivní programy na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Dalším významným fondem je fond rezervní, který má být naplněn ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů ZFZP za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. V obrázku 4.8 je graficky znázorněno, jak byly v letech 2013-2017 schopné zdravotní pojišťovny naplnit rezervní fond do zákonem stanovené výše. Nejlépe plnila rezervní fond RBP, u které naplnění fondu finančními prostředky dokonce nepatrně převyšovalo předepsanou výši, a to o 1-2 tis. Kč každý rok. Přes 99 % předepsané výše měly rezervní fond naplněny také ČPZP a ZPŠ. Jednoznačně nejhůře dopadla VZP ČR, která v letech 2013 a 2014 měla fond naplněn ve výši 12 tis. Kč a předpis činil téměř 2,2 mld. Kč. Poté se finanční situace VZP ČR zlepšila a fond byl v následujících třech letech naplněn do zákonem stanovené výše. Ke konci roku 2017 mají všechny zdravotní pojišťovny naplněn bankovní účet rezervního fondu v zákonem stanovených limitech.

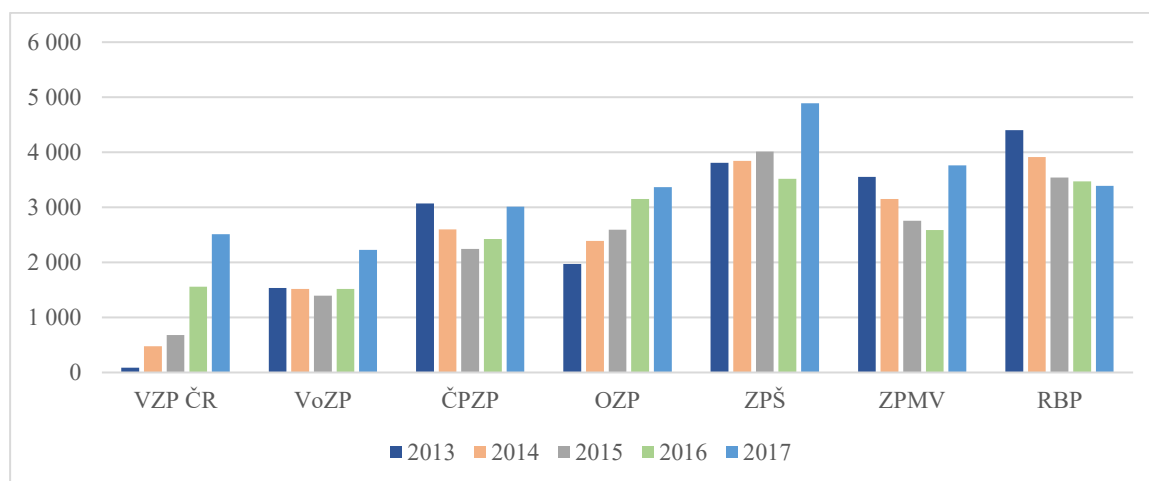
Obr. 4.8 Naplnění rezervního fondu 2013-2017 (v tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Posledním zpracovaným ukazatelem je stav peněžních prostředků na bankovních účtech a v pokladnách zdravotních pojišťoven v letech 2013-2017 (viz obr. 4.9). Konečné stavy k 31.12. daného roku jsou součtem stavů bankovních účtů a pokladen veškerých fondů, které banka zřizuje a spravuje a případně peněžních prostředků vyplývajících z dalších činností (např. zdaňované činnosti). Nejvyšší průměrnou částku na pojištěnce na bankovních účtech a v pokladnách eviduje ZPŠ, a to 4 015 Kč. Tuto hodnotu výrazně pozitivně ovlivnila výše stavu na pojištěnce ke konci roku 2017, a to 4 893 Kč, což je nejvyšší hodnota ve sledovaném období vůbec. Druhou nejvyšší průměrnou zásobu finančních prostředků má RBP (3 744 Kč) a třetí ZPMV (3 163 Kč). Ačkoliv v absolutní výši má jednoznačně největší finanční zásobu na účtech a v pokladnách VZP ČR, po přepočtu na jednoho pojištěnce dosahuje nejnižší hodnoty, pouze 1 063 Kč na pojištěnce.

Obr. 4.9 Stavy peněžních prostředků na bankovních účtech a v pokladnách na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven. Vlastní zpracování.

Z důvodu větší přehlednosti se v příloze 3 nachází přehled s průměrnými výsledky všech vybraných ukazatelů a výsledné pořadí zdravotních pojišťoven.

5 Závěr

Diplomová práce je zaměřena na hospodaření zdravotních pojišťoven. Pro analýzu hospodaření bylo vybráno všech sedm činných zdravotních pojišťoven na území České republiky, tedy Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna. Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR za období 2013 až 2017 na základě vybraných ukazatelů.

Diplomová práce je kromě úvodu a závěru členěna do tří částí. První teoretická část představuje úvod do problematiky systému veřejného zdravotního pojištění a je zaměřena na definování základních pojmů. V České republice disponujeme systémem všeobecného zdravotního pojištění založeného převážně na principech solidarity a vzájemného sdílení rizika dle Bismarckovského modelu zdravotnického systému. Povinné platby jsou odváděny plátcí pojistného v zákonem stanovené výši do fondů zdravotních pojišťoven, ze kterých je následně hrazena především zdravotní péče poskytnutá pojištěncům. Dále je zde představeno sedm zdravotních pojišťoven fungujících v českém pluralitním systému, teoreticky popsáno jejich fungování a hospodaření. Závěr této části je věnován dílčímu cíli diplomové práce, kterým je analýza systému přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění. Princip přerozdělování funguje v České republice od roku 1993 a má zabezpečovat kompenzaci rizika zdravotní pojišťovny spojeného s nevýhodným složením pojistného kmene. V rámci analýzy byly sledovány změny kritérií v čase, dle kterých se přerozdělování uskutečňovalo. Od roku 1993 byl zaveden model 50% přerozdělování na základě rozdělení státních pojištěnců do dvou věkových skupin, a to do 60 let a nad 60 let. V roce 1994 byl tento model změněn na 60%. Systém však dostatečně nekompenzoval věkovou strukturu a nákladovost pojištěnců. Od 1. ledna 2005 byl přijat nový systém 100% přerozdělování vybraného pojistného, který byl založen na rozdělení pojištěnců do 36 skupin dle demografických ukazatelů věku a pohlaví s přiřazenými nákladovými indexy. Nově od 1. ledna 2018 je mechanismus přerozdělování doplněn o kritérium tzv. PCG skupin (farmaceuticko-nákladových skupin), díky kterému jsou při přerozdělování zohledněny vyšší náklady na léčbu chronických chorob. Změna má navíc motivovat zdravotní pojišťovny k většímu důrazu na preventivní programy zaměřené na chronické nemoci. Dále došlo k rozšíření o dvě nákladové skupiny dle věku a pohlaví.

Druhá část je zaměřena na hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice. Zdravotní pojišťovny hospodaří prostřednictvím fondů, které zřizují a spravují. Nejvýznamnějším je základní fond zdravotního pojištění, proto jsou zdravotní pojišťovny hodnoceny z hlediska výše a struktury příjmů, výdajů a výsledného salda tohoto fondu. Dalšími sledovanými fondy jsou rezervní fond z hlediska jeho naplnění finančními prostředky, provozní fond a fond prevence z pohledu vyplacených peněžních prostředků na preventivní programy. Kromě výše zmíněných byly pro hodnocení hospodaření vybrány další ukazatele, a to průměrný počet pojištěnců, počet smluvních zařízení, saldo celkových příjmů a výdajů pojišťoven, konečný stav finančních prostředků a stavy pohledávek a závazků.

Na základě zjištěných poznatků v přecházející kapitole je v poslední části diplomové práce provedeno zhodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven formou komparace výsledků. Z důvodu lepší vypovídající schopnosti a srovnatelnosti byly určité ukazatele přepočteny na jednoho pojištěnce a tím bylo eliminováno dominantní postavení jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Dle předpokladu, z pohledu nejvyššího počtu pojištěnců a počtu smluvních zařízení dopadla nejlépe Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Naopak nejhůř dopadla nejmenší zdravotní pojišťovna – Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. Nejvyšší počet pojištěnců zajišťuje pojišťovně největší podíl na trhu zdravotních pojišťoven v České republice. Pro pojištěnce je pak zásadní, zda zdravotní pojišťovna disponuje vyhovující sítí smluvních poskytovatelů zdravotních služeb pro zajištění optimální časové a místní dostupnosti všech typů zdravotních služeb.

V ukazatelích hodnotících finanční stabilitu zdravotních pojišťoven se jako nejlepší za sledované pětileté období ukázala Oborová zdravotní pojišťovna. Na druhém místě skončila Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, avšak je nutno zmínit, že se finanční stabilita této zdravotní pojišťovny výrazně zlepšila až v letech 2016 a 2017. V předcházejících letech její finanční situace příliš příznivá nebyla především vlivem ekonomické krize. V roce 2013 byla jako jediná za sledované období 2013 až 2017 nucena využít finanční výpomoci ze státního rozpočtu. Tato finanční výpomoc byla v následujících třech letech plně splacena. Jako nejméně finančně stabilní se jeví Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, která vykazovala ve všech letech záporná salda příjmů a výdajů jak na základním fondu zdravotního pojištění, tak i celková salda včetně zdaňované činnosti zdravotní pojišťovny. Pro zdravotní pojišťovnu

neměla záporná bilance mezi příjmy a výdaji příliš negativní dopad jen díky dostatečným rezervám na bankovních účtech jednotlivých fondů.

Právě z hlediska vytvořených rezerv na bankovních účtech a pokladnách dopadla nejlépe Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, která měla největší zůstatek na účtu základního fondu zdravotního pojištění ve dnech výdajů na zdravotní péči a jako jediná v pětiletém období naplněný rezervní fond v zákonem předepsané výši. V závěsu za ní se umístila Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, jejíž celková finanční zásoba na pojištěnce vykazovala nejvyšší hodnotu. Ve všech těchto třech zmíněných ukazatelích skončila na posledním místě Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.

Rezervy zdravotních pojišťoven se díky hospodářskému růstu v posledních dvou letech zvýšily. Dle výsledků zátěžových testů prováděných Ministerstvem financí by systém ustál určité hospodářské negativní šoky bez vzniku závazků po splatnosti a bez snížení kvality a dostupnosti poskytované zdravotní péče, avšak prozatím by nebyl schopen překonat hlubší ekonomickou recesi podobnou té z roku 2009.

Zdravotní pojišťovny si nemohou cenově konkurovat, jak je to obvyklé v soukromém sektoru. Plátcí zdravotního pojištění hradí stejnou výši pojistného u jakékoliv zdravotní pojišťovny. Jednou z možností, jak si navzájem mohou konkurovat, jsou nabízené bonusy a příspěvky nad rámec zákonem hrazené zdravotní péče z fondu prevence. Výše výdajů na preventivní programy je nestabilní, avšak za období 2013-2017 vyplatila průměrně na pojištěnce nejvyšší částku Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, naopak nejnižší, zhruba poloviční částku Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.

Ze všech těchto údajů je zřejmé, že nelze jednoznačně určit, která zdravotní pojišťovna je nejlepší. V každé oblasti vyniká jiná zdravotní pojišťovna, která naopak může při posuzování jiných parametrů patřit k nejhůř hodnoceným.

Seznam použité literatury

a) Odborná literatura

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

ČERVINKA, Tomáš a Antonín DANĚK. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ: s komentářem a příklady*. 9. vyd. Olomouc: ANAG, 2018. ISBN 978-80-7554-130-7.

DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství, 2008. ISBN 978-80-7248-494-2.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.

ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. ISBN 978-80-7454-135-3.

TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 6., podstatně přeprac. a aktualiz. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2013. Academia iuris (C.H. Beck). ISBN 978-80-7400-473-5.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

ZLÁMAL, Jaroslav. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Laboratoř růstových regulátorů, 2016. ISBN 978-80-7402-247-0.

VRABKOVÁ, Iveta a Ivana VAŇKOVÁ. *Evaluation Models of Efficiency and Quality of Bed Care in Hospitals*. Ostrava: VŠB – Technical University of Ostrava, 2015. ISBN 978-80-248-3755-0.

b) Legislativní zdroje

Nařízení vlády 140 ze dne 10. dubna 2017 o stanovení vyměřovacího základu u osoby, za kterou je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění stát. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 50, s. 1377. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 201 ze dne 5. září 2018, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, částka 100, s. 3210-3327. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 362 ze dne 6. prosince 2010, o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu. In Sbírka zákonů České republiky. 2010, částka 131, s. 4857-4891. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 399 ze dne 2. prosince 2016, o nákladových indexech věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2017. In Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 163, s. 6314. ISSN 1211-1244

Vyhláška č. 418 ze dne 27. listopadu 2003, kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu. In Sbírka zákonů České republiky. 2003, částka 138, s. 7118-7125. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 538 ze dne 29. listopadu 2006, kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007. In Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 174, s. 7288-7289. ISSN 1211-1244

Zákon č. 280 ze dne 28. dubna 1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1992, částka 6158, s. 1579-1582. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=8>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 48 ze 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1997, částka 16, s. 1186-1264. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 551 ze dne 6. prosince 1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1991, částka 104, s. 2728-2731. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=551/1991&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 592 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1992, částka 119, s. 3558-3565. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=2>. ISSN 1211-1244.

Zákon České národní rady č. 586 ze dne 20. listopadu 1992, o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1992, částka 117, s. 3473-3491. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=586/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.

c) Internetové zdroje

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomicke-informace.html>

Český statistický úřad: Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/prerozdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocní-zpravy>

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/vyrocní-zpravy-2>

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocní-zpravy>

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky: Výroční zprávy 2013-2017 [online]. [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy/>

Seznam zkratk

ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
FPUPP	Fond pro úhradu preventivní péče
FZUZS	Fond zprostředkování úhrady zdravotních služeb
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
RF	Rezervní fond
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byl(a) seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 10. května 2019



Bc. Nela Mucalová

Seznam tabulek

Tab. 2.1 Vývoj minimální mzdy a minimálního pojistného 2013–2017 (Kč)

Tab. 2.2 Vývoj vyměřovacího základu a pojistného 2013–2017 (Kč)

Tab. 2.3 Vývoj minimálního vyměřovacího základu a minimálního pojistného 2013-217 (Kč)

Tab. 2.4 Počty zdravotních pojišťoven

Tab. 2.5 Nákladové indexy věkových skupin pojištěnců pro rok 2007 a 2017

Tab. 3.1 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.2 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.3 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.4 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.5 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.6 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.7 Stav závazků a pohledávek k 31.12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 3.8 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.9 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.10 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.11 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.12 Příjmy a výdaje fondu zprostředkování úhrady zdravotních služeb 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.13 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.14 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence a fondu pro úhradu preventivní péče 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.15 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 3.16 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.17 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.18 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.19 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.20 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.21 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.22 Stav závazků a pohledávek k 31.12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 3.23 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.24 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.25 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.26 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.27 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.28 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.29 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 3.30 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.31 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.32 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.33 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.34 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.35 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.36 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 3.37 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.38 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.39 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.40 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.41 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.42 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.43 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 3.44 Průměrný počet pojištěnců a počet smluvních poskytovatelů k 31. 12. daného roku v letech 2013-2017

Tab. 3.45 Příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.46 Počáteční stav, saldo příjmů a výdajů a konečný stav základního fondu zdravotního pojištění 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.47 Saldo příjmů a výdajů včetně zdaňované činnosti a konečný stav finančních prostředků 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.48 Příjmy a výdaje provozního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.49 Výdaje na preventivní programy z fondu prevence 2013-2017 (tis. Kč)

Tab. 3.50 Stav závazků a pohledávek k 31. 12. v letech 2013-2017 (v tis. Kč)

Tab. 4.1 Průměrný počet pojištěnců na zaměstnance

Tab. 4.2 Kumulované saldo příjmů a výdajů ZFZP (v tis. Kč) a na pojištěnce (v Kč)

Seznam obrázků

Obr. 2.1 Bismarckovský model zdravotnického systému

Obr. 2.2 Výdaje na zdravotní péči z jednotlivých zdrojů financování 2013-2017 (mil. Kč)

Obr. 2.3 Vybrané pojistné a výsledné částky po přerozdělování v roce 2018 (tis. Kč)

Obr. 2.4 Průměrná měsíční výsledná částka po přerozdělení náležitosti jednotlivým zdravotním pojišťovnám na pojištěnce v roce 2018 (Kč)

Obr. 3.1 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 3.2 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 3.3 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 3.4 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 3.5 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 3.6 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 3.7 Předepsaná výše a skutečné naplnění finančními prostředky rezervního fondu 2013-2017 (tis. Kč)

Obr. 4.1 Průměrný počet pojištěnců 2013-2017

Obr. 4.2 Počet smluvních poskytovatelů 2013-2017

Obr. 4.3 Příjmy z pojistného po přerozdělování ZFZP na pojištěnce v letech 2013-2017 (v Kč)

Obr. 4.4 Výdaje za zdravotní služby ze ZFZP na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)

Obr. 4.5 Saldo příjmů z pojistného po přerozdělování a výdajů za zdravotní služby na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)

Obr. 4.6 Finanční zásoba na BÚ ZFZP v počtu dní výdajů na péči 2013-2017

Obr. 4.7 Výdaje na preventivní programy na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)

Obr. 4.8 Naplnění rezervního fondu 2013-2017 (v tis. Kč)

Obr. 4.9 Stavy peněžních prostředků na bankovních účtech a v pokladnách na pojištěnce 2013-2017 (v Kč)

Seznam příloh

Příloha 1 PCG skupiny a nákladové indexy pro rok 2018

Příloha 2 Nákladové indexy podle věku pro rok 2018

Příloha 3 Průměrné hodnoty vybraných ukazatelů za období 2013-2017 a určení pořadí zdravotních pojišťoven u jednotlivých ukazatelů